

Universidad de Chile



Campus Juan Gómez Millas

UNIVERSIDAD DE CHILE.
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES.
ESCUELA DE CIENCIAS SOCIALES.
ESCUELA DE PSICOLOGIA.

*“PROGRAMA DE APOYO PSICOLOGICO PARA
ADOLESCENTES OBESAS: una revisión del tema y un
estudio con grupo piloto”*

Memoria para optar a título de psicólogo.

AUTORA: MARÍA ISABEL VALENZUELA PACI.
PROFESOR PATROCINANTE Y GUÍA TEÓRICO: DR. JORGE LUZORO.
PROFESOR ASESOR METODOLÓGICO: PS. IRIS GALLARDO.

Santiago, 2001.

Dedicatoria.

A mis padres,
Por su incondicional apoyo y por sus aportes
a mi trabajo, sobretodo por su amor.

A mi hermana,
Por su comprensión y cariño incondicional.

A mis abuelitas.
Por su dedicación y amor.

A mis amigas,
por sus consejos y comprensión.

A Maxi,
Por todo su amor y apoyo para seguir adelante.

Para Marcia...

AGRADECIMIENTOS.

Quisiera agradecer a mis profesores, Dr. Jorge Luzoro que fue una gran ayuda, excelente aporte, por su compromiso y sobretodo por ser un guía para poder realizar esta investigación, y a Ps. Iris Gallardo por su paciencia, su apertura, dedicación, preocupación y compromiso para ayudarme.

A las jóvenes participantes en el programa, ya que sin ellas no hubiera podido realizarlo, por su dedicación y responsabilidad.

A todos, muchas gracias.

María Isabel Valenzuela Paci.

Santiago, 2001.

INDICE

1. INTRODUCCIÓN	5.
a) Planteamiento del tema.....	5.
b) Relevancia del tema.....	7.
c) Proyecciones del estudio.....	8.
d) Tipo de investigación.....	8.
2. MARCO TEÓRICO	9.
2.1 OBESIDAD	9.
1.1 Definición.....	9.
1.2 Etiología de la obesidad.....	10.
1.3 Factores de riesgo.....	14.
1.4 Aspectos clínicos y sus consecuencias.....	16.
1.5 Obesidad y familia.....	23.
1.6 Evaluación de la composición corporal.....	25.
1.7 Tipos de obesidad.....	27.
2.2 PREVALENCIAS DE LA OBESIDAD EN CHILE	28.
2.2.1 Prevalencia en la mujer.....	28.
2.3 TRATAMIENTO	29.
2.3.1 Métodos utilizados.....	34.
2.3.2 Aspectos psiquiátricos.....	41.
2.3.3 Aspectos psicológicos.....	42.
2.3.4 Técnicas.....	45.
3. LOS TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN	48.
4. ADOLESCENCIA	50.
4.1 Aspectos biológicos.....	52.
4.2 Aspectos psicológicos.....	52.
4.3 Obesidad y adolescencia.....	55.
5. PSICOTERAPIA DE GRUPO	57.
5.1 La experiencia emocional correctiva.....	64.
5.2 Funcionamiento.....	65.
5.2.1 Preparación para el grupo.....	68.

5.2.2 Selección.....	73.
5.2.3 Creación del clima terapéutico del grupo.....	76.
5.2.4 Metas del grupo y del paciente.....	77.
5.3 La Iluminación del Proceso.....	78.
5.4 La persona del terapeuta.....	80.
6. PROCEDIMIENTOS PSICOTERAPÉUTICOS.....	84.
6.1 Organización de las actividades.....	86.
a) Actividades por la acción.....	86.
♦ Juegos.....	86.
♦ Trabajo Corporal.....	87.
♦ Relajación.....	89.
b) Actividades por Imágenes.....	91.
♦ Técnicas Gráficas.....	92.
♦ Imaginería.....	94.
c) Actividades verbales.....	100.
♦ Compartir Grupal.....	100.
♦ Diálogo Grupal.....	101.
7. OBJETIVOS.....	102.
8. ASPECTOS METODOLÓGICOS.....	102.
8.1 Tipo de estudio a realizar.....	102.
8.2 Hipótesis de investigación.....	103.
8.3 Definición de variables.....	103.
8.4 Definición de las características del universo y muestra.....	106.
8.5 Selección de la muestra.....	106.
8.6 Procedimientos e Instrumentos.....	107.
8.7 Planteamiento de criterios que garanticen la confiabilidad y validez.....	108.
8.8 Técnicas de análisis para el tratamiento de los datos, estadísticos posibles de analizar y niveles mínimos de significación.....	108.
9. RESULTADOS.....	109.
9.1 Análisis cuantitativo.....	109.

9.1.1 Comprobación de las hipótesis.....	109.
9.1.2 Comprobación de las hipótesis.....	110.
9.1.3 Conclusión.....	110.
9.2 Análisis cualitativo.....	111.
9.2.1 Comentarios finales.....	132.
10. DISCUSIÓN.....	134.
11. ANEXOS	
1. Programa de apoyo psicológico para adolescentes obesas.....	142.
2. Actividades realizadas en el programa psicológico.....	148.
3. Cuestionario de sobrepeso.....	156.
12. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	157.

Resumen.

El presente estudio, revisa a fondo el tema de la obesidad tomada del punto de vista multidimensional, abarcando ampliamente los distintos aspectos involucrados, tanto biológicos, sociales y psicológicos, se menciona la prevalencia de la obesidad en Chile y el trasfondo cultural de este problema. Asimismo, se revisan las teorías que existen en la actualidad acerca de la obesidad.

Por otra parte, se describe el tema de la adolescencia y psicoterapia grupal y los elementos que fueron tomados para diseñar el programa de apoyo psicológico para adolescentes en esta situación. El programa aquí expuesto, tiene la perspectiva del aquí y ahora e incorpora técnicas cognitivas para el tratamiento de la baja de peso de las participantes.

La investigación presenta los distintos procedimientos utilizados en el programa, desarrollando una descripción y fundamentos de cada una y su pertinencia para incorporarlas a este programa.

Se analizan los contenidos cualitativos ocurridos durante el transcurso de este programa y lo ocurrido en las sesiones, esto con el objetivo de incorporar este análisis para la discusión de resultados, presentado al final del estudio.

El presente estudio es de carácter exploratorio con un diseño de tipo preexperimental con grupo piloto, midiendo la variable dependiente peso antes y después del tratamiento y con la variable independiente consistente en el conjunto de procedimientos psicoterapéuticos incorporados, que consisten principalmente en técnicas de imaginación, reestructuración cognitiva, juego, técnicas corporales, relajación y autorregistros.

Por su carácter exploratorio, se presentan al final de la investigación, ideas para futuras investigaciones basadas en lo encontrado en el presente programa.

I. INTRODUCCIÓN.

a). - Planteamiento:

Desde tiempos inmemoriales la obesidad ha sido identificada como un problema de salud individual y colectivo. En los países desarrollados esta enfermedad es una preocupación constante de las autoridades de salud por ser un importante factor de riesgo de enfermedades cardiovasculares, diabetes y otras. Siendo así, los problemas de sobrepeso y obesidad se han convertido en una de las principales preocupaciones de estos países industrializados.

La obesidad se ha convertido en una auténtica "epidemia global". Según la Organización Mundial de la Salud, el problema del sobrepeso se está extendiendo en muchos países en forma llamativa, y algunos expertos consideran que este fenómeno va a ser uno de los principales desafíos de la comunidad médica en el siglo XXI.¹

Hubo épocas en que era signo de buena salud, buena situación económica e incluso atributo de belleza. Aún existen sociedades en que la obesidad sigue representando una cualidad, pero no ocurre lo mismo en las llamadas sociedades occidentales, en las que ha pasado a constituir un cuadro patológico desde el punto de vista médico, psicológico y social.

Durante los últimos veinte años en Chile, se han venido presentando cambios demográficos y de salud como el aumento de las expectativas de vida, la disminución de la prevalencia de las enfermedades infecto contagiosas y el aumento de las enfermedades crónicas no transmisibles en el adulto (obesidad, dislipidemias, cardiopatías, diabetes, etc.)

Por otra parte, los cambios económico-sociales y el aumento de la urbanización han contribuido al desarrollo de estilos de vida poco saludables como el sedentarismo y el consumo de una alimentación inadecuada, los que acompañados por el estrés, el consumo de alcohol y drogas constituyen factores determinantes del deterioro de la calidad de vida de la población. También los cambios en la actividad laboral -trabajos fundamentalmente pasivos-, impulsados con la integración de la mujer al trabajo y los hábitos alimenticios son dos de las razones que han contribuido al crecimiento de este problema.

Sin duda, nuestro actual estilo de vida está favoreciendo los problemas de sobrepeso.

¹ <http://www.el-mundo.es/salud/297/04N0131.html>

Paralelamente, se ha producido una reversión de la situación nutricional, con una disminución de la desnutrición infantil y una aumento de la obesidad en todos los grupos etáreos. Los cambios en los hábitos alimenticios tienden a un mayor consumo de energía proveniente de grasas, especialmente saturada (grasa animal) e hidratos de carbono (cereales y derivados, azúcares, etc.).

En Chile, la prevalencia de la obesidad de los niños menores de 10 años es relativamente baja y similar en ambos sexos. A partir de esta edad, se produce un rápido incremento en el sexo femenino, llegando a afectar alrededor de un 25% de las adolescentes y el 10% de los varones. A pesar de esa situación, en Chile aún no existe una conciencia plena del rol patológico de esta enfermedad en el ámbito poblacional, destacándose más bien su impacto estético y limitante de la capacidad física.

Dentro de este marco, los adolescentes y adultos jóvenes constituyen uno de los grupos más vulnerables respecto a la alimentación más adecuada, debido a las exigencias de la moda que les impone ropa especialmente diseñada para figuras especialmente delgadas; los horarios de clase u otras actividades, las dificultades para acceder a una alimentación adecuada en sus lugares de estudio o trabajo y las limitaciones de muchos para llegar a sus casas a las horas de comida. Además de lo anterior, diversos estudios han demostrado que las mujeres en edad adolescente y adultez temprana, constituyen el grupo de mayor riesgo en los trastornos de la alimentación.²

Estas presiones culturales, junto con el nivel de estrés causado por dificultades familiares tales como separación o desavenencias de los padres, falta de comunicación entre padres e hijos, violencia; conllevan a desajustes químicos y emocionales, que los conducen, en muchos casos, a trastornos de la conducta alimentaria como la anorexia y bulimia nerviosa; y el consumo excesivo de alimentos que se traduce en sobrepeso y obesidad, siendo éste último, el tema que ocupa la presente investigación.

² " Simposium internacional Trastornos Alimentarios". Dr. Alfredo Nudman, Dra. Elena Urzúa, Dr. Joel Yager. 25 de Mayo del 2000.

b).- Relevancia del tema:

Las investigaciones sugieren que los principales factores causales asociados al desarrollo de la obesidad serían patrones de conducta sedentarios y la ingesta excesiva de grasas e la dieta alimentaria.³ En otras palabras, se produce un balance calórico positivo mantenido por un tiempo prolongado. Este balance positivo puede deberse a factores de carácter ambiental, tales como:⁴

- ◆ Una ingesta de una cantidad abundante de alimentos, de preferencia aquellos de mayor densidad energética o hipercalóricos, ricos en lípidos o grasas e hidratos de carbono.
- ◆ Actividad física disminuida
- ◆ Factores psicológicos: Al respecto, los especialistas sostienen que detrás de cada obeso severo existe un problema psíquico en el que se presenta una incapacidad de controlar el impulso de comer, la necesidad de gratificación a través de la comida, la utilización de la comida como mecanismo de escape. La ansiedad, la angustia y depresión que aparecen como consecuencias de la obesidad, pueden constituir causa y contribuir a la mantención de ella. Existe un sinnúmero de teorías que mencionan factores etiopatogénicos, aunque experimentalmente las investigaciones no arrojan resultados claros y concluyentes que las comprueben, así por ejemplo, es común la atribución psicoanalítica de que el acto de comer posee un significado "simbólico"; o bien es posible considerar la obesidad como una manifestación de neurosis, con sus componentes depresogénicos, ansiedad y culpa.

También se ha considerado la obesidad como respuesta a tensiones emocionales o bien como un síntoma de una enfermedad mental subyacente.

En general, no existe claridad con respecto a la etiología de este síndrome, por lo que se plantea la necesidad de abordar psicológicamente este problema con un enfoque que considere, tanto en la etiología como en la mantención de la obesidad, variables cognitivas (creencias), variables afectivas (manejo de estados emocionales displacenteros) y variables ambientales (costumbres, hábitos familiares, etc.). En el paciente obeso se presentan

³ "Obesidad: Factores psiquiátricos y psicológicos" Dr. Daniel Buschiazzo, Ps. Christian Feuchtman. Boletín Escuela de Medicina. P. Universidad Católica de Chile 1997, N° 26.

⁴ "Estilos de vida y conducta alimentaria en el adolescente" Grupos de profesionales de trabajo. Programa MECE Media, 1998.

comúnmente problemas del área afectiva y cognitiva, como baja autoestima y autoimagen, especialmente a lo referente al propio esquema corporal (representación psíquica consciente e inconsciente del propio cuerpo), bajas expectativas de autoeficacia y logro.⁵

En síntesis, la obesidad es un problema complejo, en el que interactúan múltiples factores biológicos, psicológicos, comportamentales y socioambientales, como la baja autoestima, ansiedad, distorsión de la imagen corporal, autocontrol, apoyo de la familia y uso de hábitos de alimentación adecuados. Por esta razón, es relevante el desarrollar un programa de apoyo psicológico para las personas que presentan sobrepeso u obesidad ya que, junto a un adecuado manejo médico y nutricional, lograrían el objetivo que se proponen, bajar de peso. Por esto, el presente estudio tiene una relevancia práctica que es el aportar a la comunidad un programa que es efectivo para la disminución del peso.

Por otra parte, es importante aplicar este programa en sesiones grupales ya que, al tener todos los miembros integrantes la misma problemática, es posible trabajar en forma conjunta, temas generales que son significativos para todos.

c).- Proyecciones del estudio:

- ◆ Seguir desarrollando distintas líneas de investigación en cuanto cómo apoyar, en un trabajo interdisciplinario, la baja de peso de personas con este problema.
- ◆ Iniciar una línea de trabajo que involucre los diferentes enfoques psicológicos, en el manejo de este tema.

d).- Tipo de investigación.

Exploratoria con medición de la variable dependiente antes y después del tratamiento, con un grupo piloto y en ausencia de grupo control.

⁵ "Obesidad: Factores psiquiátricos y psicológicos" Dr. Daniel Buschiazzo, Ps. Christian Feuchtmann. Boletín

1. - MARCO TEÓRICO

1.1.- OBESIDAD.

Definición.

A un nivel general, la obesidad y el sobrepeso son alteraciones del estado nutricional, al respecto vale decir que el **Estado nutricional**⁶ es la condición que presenta uno o un grupo de individuos, en un período determinado de tiempo, como resultado de un balance entre sus respectivas necesidades de energía y nutrientes, y la ingesta de los mismos. Este balance está condicionado a la vez por la interacción de los diversos factores que determinan la disponibilidad, el consumo y la utilización biológica de los alimentos que el individuo ingiere.

Cuando el balance entre la ingesta de energía y el gasto de ésta es positivo, es decir hay un mayor consumo mantenido en el tiempo, el organismo almacena este exceso como grasa corporal o tejido adiposo. Si es transitoriamente negativo, el organismo dispone de ciertas reservas y mecanismos de adaptación que le permite subsistir, pero si esta situación persiste, el estado nutricional se deteriora.

Si bien el estado nutricional puede expresarse como una condición estática, es una expresión fisiológica de obligado sentido dinámico, que va cambiando según se modifiquen los factores que influyen en él. Cabe señalar, que no existe un punto o línea que pueda considerarse como estado nutricional perfecto que pueda aceptarse como 'el estado nutricional perfecto o ideal', sino más bien, hay una "zona" más o menos amplia que puede aceptarse como normal.

Las alteraciones del estado nutricional pueden provocarse como resultado de algunos factores relacionados con el consumo de alimentos y otros con la utilización biológica de los mismos. Entre los primeros, cabe señalar la capacidad de compra de alimentos, determinada fundamentalmente por el ingreso de la familia o el individuo, el nivel de educación en alimentación y nutrición del consumidor y el abastecimiento de una adecuada variedad de alimentos; con respecto a los segundos, es de gran importancia la calidad e

Escuela de Medicina, P. Universidad Católica de Chile 1997, N° 26.

⁶ "Estilos de vida y conducta alimentaria en el adolescente" Grupos de profesionales de trabajo. Programa MECE Media.1998.

inocuidad de los alimentos y las condiciones sanitarias en que éstos se preparan e ingieren, así como también, el estado de salud del individuo.

La obesidad es un problema complejo, en el que interactúan múltiples factores biológicos, psicológicos, comportamentales y socioambientales. Por lo tanto es difícil encontrar una definición completamente satisfactoria. No es fácil obtener una clasificación que separe en forma precisa los individuos obesos de los no obesos⁷.

Hay varias consideraciones al respecto:

Por una parte, se define como un aumento en la cantidad de tejidos grasos en relación con la masa magra corporal, que se traduce en peso superior a 20% del peso para la talla y sexo o se encuentra sobre el percentil 90 de las curvas de peso para la talla, y por otra, se define como la presencia de una cantidad excesiva de grasa corporal. Es el producto de un balance calórico positivo.⁸

La obesidad es una enfermedad crónica y es el trastorno metabólico más frecuente de las sociedades desarrolladas.

Por el contrario, el doctor argentino Víctor Kripper plantea que el sobrepeso u obesidad NO es una enfermedad sino una Disfunción y si bien no constituye una enfermedad por sí misma, es la generadora de muchas enfermedades como Hipertensión arterial; Insuficiencia cardiaca, Deterioro de la función renal, entre otras.⁹

1.2 Etiología de la obesidad.

La mayoría de los casos de obesidad son de origen multifactorial. Se reconocen factores genéticos, metabólicos, endocrinológicos y ambientales¹⁰, sin embargo, las investigaciones sugieren que los principales factores causales asociados al desarrollo de la obesidad serían patrones de conducta sedentarios y la ingesta excesiva de grasas e la dieta alimentaria.¹¹ En otras palabras, se produce un balance calórico positivo mantenido por un

⁷ <http://www.lampada.ucrg.br/cad-ind>. "Obesidade" Prof. João Régis. Seção de Diabetes e Metabologia-FCM-UERJ.

⁸ "Diagnóstico de la obesidad y sus métodos de evaluación". Dr. Manuel I. Moreno González. Boletín Escuela de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile, 1997, n°26.

⁹ <http://www.promolabs.com.ar/obesidad/index.html>

¹⁰ "Diagnóstico de la obesidad y sus métodos de evaluación". Dr. Manuel I. Moreno González. Boletín Escuela de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile, 1997, n°26.

¹¹ "Obesidad: Factores psiquiátricos y psicológicos" Dr. Daniel Buschiazzo. Ps. Christian Feuchtmann. Boletín Escuela de Medicina, P. Universidad Católica de Chile 1997, N° 26.

tiempo prolongado. Este balance positivo puede deberse a factores de carácter ambiental, tales como:¹²

- ◆ *Una ingesta de una cantidad abundante de alimentos, de preferencia aquellos de mayor densidad energética o hipercalóricos, ricos en lípidos o grasas e hidratos de carbono.* Hasta muy recientemente se creía que ante un exceso de energía el organismo respondía convirtiendo tal exceso en depósito de tejido adiposo o grasa de depósito de igual manera, independiente del tipo de nutriente que originara este exceso de kilocalorías. En la actualidad este concepto ha cambiado, ya que se conoce que en la causalidad de la obesidad, los lípidos o las grasas de la dieta tienen mayor peso no sólo por el aporte de energía por gramo (9 kilocalorías/g), sino también por una mayor eficiencia en el depósito de energía como grasa corporal.
- ◆ *Actividad física disminuida:* debido fundamentalmente a los estilos de vida sedentarios por los adelantos tecnológicos como la televisión, el computador, los juegos electrónicos, y el sinnúmero de electrodomésticos que demandan un menor esfuerzo físico y a la vez reducen el tiempo que se necesita para realizar diversas tareas domésticas, quedando éste para descansar y distraerse. Lo anterior es más grave cuando en este tiempo disponible para distraerse no se practica ningún deporte que aumente el gasto energético.

Además de estos factores de carácter ambiental, se han identificado otras causas, como:¹³

- ◆ *Disminución del gasto metabólico basal* o bien aumento en la eficiencia con que el organismo obtiene la energía de los alimentos. Se ha demostrado que cuando la dieta aporta cantidades excesivas de grasa en condiciones de balance energético positivo, éstas se depositan con un escaso gasto metabólico.
- ◆ *Factores genéticos:* se sabe que el genotipo tiene mayor influencia sobre la grasa visceral que sobre el tejido adiposo subcutáneo. Últimamente, se ha descubierto una

¹² "Estilos de vida y conducta alimentaria en el adolescente" Grupos de profesionales de trabajo. Programa MECE Media, 1998.

¹³ "Estilos de vida y conducta alimentaria en el adolescente" Grupos de profesionales de trabajo. Programa MECE Media, 1998.

proteína producida por el tejido adiposo, denominada *proteína ob o leptina*, que tendría un rol regulador del apetito y de la actividad física a nivel hipotalámico.¹⁴

- ◆ *Factores endocrinos:* Se destacan, el hipotiroidismo, síndrome de Cushing, hipogonadismo, ovario poliquístico y lesiones hipotalámicas. La cantidad de tejido adiposo puede ser influida por varias hormonas. En los obesos se observa hiperinsulinidad basal y postsobrecarga de glucosa con glicemias normales e incluso mayores que las de sujetos normales, lo cual habla a favor de cierta resistencia a la insulina. Por otro lado, es déficit de hormona del crecimiento, los excesos de insulina, hidrocortidona y estrógenos, como el déficit de tiroxina, se relacionan con el aumento del tejido adiposo.¹⁵
- ◆ *Factores bioquímicos:* En mujeres obesas se ha visto un bajo nivel de metabolitos de serotonina en el líquido cefalorraquídeo, que se correlaciona con preferencias elevadas por carbohidratos. El neuropéptido CCK (colecistoquinina) está relacionado con la serotonina y su funcionalidad está involucrada en el mecanismo de la saciedad. El neurotransmisor dopamina parece mostrar mayores evidencias de un rol causal en la obesidad, en presencia de tres factores fenotípicos (historia familiar de obesidad, edad de comienzo y preferencias por los alimentos) el alelo A1 explicaría un 86,4% en la varianza en la presentación de la obesidad, sugiriendo que los pacientes obesos usarían el comer alimentos como una forma de elevar la dopamina cerebral a niveles más aceptables. Llama la atención que las conductas de los obesos son visiblemente similares a la de los dependientes de sustancias y que muchos de sus tratamientos tienen principios comunes con las adicciones.¹⁶ Este punto, es de relevancia mayor a la hora de pensar en un tratamiento psicológico de apoyo a estas personas.
- ◆ *Factores psicológicos:* Al respecto, los especialistas sostienen que detrás de cada obeso severo existe un problema psíquico en el que se presenta una incapacidad de controlar el impulso de comer, la necesidad de gratificación a través de la comida, la utilización de la comida como mecanismo de escape. La ansiedad, la angustia y depresión que

¹⁴ "Diagnóstico de la obesidad y sus métodos de evaluación". Dr. Manuel I. Moreno González. Boletín Escuela de Medicina. Pontificia Universidad Católica de Chile. 1997, n°26.

¹⁵ "Obesidad del niño y del adolescente" Dr. Santiago Muzzo. Revista Chilena de Pediatría N°60. 1989.

¹⁶ "Obesidad: Factores psiquiátricos y psicológicos" Dr. Daniel Buschiazzo, Ps. Christian Feuchtmann. Boletín Escuela de Medicina, P. Universidad Católica de Chile 1997, N° 26.

aparecen como consecuencias de la obesidad, pueden constituir causa y contribuir a la mantención de ella. Existe un sinnúmero de teorías que mencionan factores etiopatogénicos, aunque experimentalmente las investigaciones no arrojan resultados claros y concluyentes que las comprueben, así por ejemplo, es común la atribución psicoanalítica de que el acto de comer posee un significado "simbólico"; o bien es posible considerar la obesidad como una manifestación de neurosis, con sus componentes depresogénicos, ansiedad y culpa. También interpretan la obesidad como síntoma de conflictos inconscientes generados en el curso del desarrollo psicosexual: particular importancia se atribuye a los traumas y experiencias durante la fase oral del desarrollo, caracterizada por el predominio de satisfacciones asociadas con la ingesta. También se ha considerado la obesidad como respuesta a tensiones emocionales o bien como un síntoma de una enfermedad mental subyacente.

En general, no existe claridad con respecto a la etiología de este síndrome, por lo que se plantea la necesidad de abordar psicológicamente este problema con un enfoque que considere, tanto en la etiología como en la mantención de la obesidad, variables cognitivas (creencias), variables afectivas (manejo de estados emocionales displacenteros) y variables ambientales (costumbres, hábitos familiares, etc.). En el paciente obeso se presentan comúnmente problemas del área afectiva y cognitiva, como baja autoestima y autoimagen, especialmente a lo referente al propio esquema corporal (representación psíquica consciente e inconsciente del propio cuerpo), bajas expectativas de autoeficacia y logro.¹⁷

Pese a lo anterior, existen algunas teorías que intentan explicar la obesidad:¹⁸

Para las formulaciones inspiradas en la **teoría del aprendizaje** la obesidad sería consecuencia de asociaciones establecidas en el curso del desarrollo en base a los principios del refuerzo. En este contexto, la alteración del peso representaría un síntoma de condicionamientos previos, tanto positivos como negativos, adaptativos y desadaptativos. Acorde con este cuerpo de principios está la idea de una cierta dificultad para discriminar adecuadamente claves externas e internas, lo que llevaría a que

¹⁷ "Obesidad: Factores psiquiátricos y psicológicos" Dr. Daniel Buschiazzo, Ps. Christian Feuchtman. Boletín Escuela de Medicina, P. Universidad Católica de Chile 1997, Nº 26.

¹⁸ "Psicofisiología del sobrepeso y la obesidad en mujeres". Sanfuentes, M^a Teresa. Tesis para optar al grado de Licenciado en Psicología. Universidad Diego Portales, 1990.

el comportamiento sea controlado por estímulos inespecíficos o inapropiados (D. A. Booth 1988)¹⁹. En este punto es necesario considerar también la posibilidad de que una configuración de estímulos, más que un estímulo aislado, adquiera control sobre el comportamiento; en esta configuración estímulos alimentarios y no alimentarios podrían estar incorporados, incluyendo factores cognitivos y afectivos.

Dentro de las **teorías interaccionales**, llamadas así porque explícitamente hacen uso de factores psicológicos y biológicos en un marco unificado e interpretan la obesidad como el resultado de su participación conjunta. Esta interacción debe extenderse también a los factores socioculturales, que desempeñan un papel modulador sobre las relaciones psicofisiológicas y deben tenerse presente en las formulaciones etiológicas.

Una de las más recientes formulaciones de esta naturaleza es la **TEORÍA DE LA RESTRICCIÓN** que explica y predice determinados comportamientos, como sería la ingesta incrementada en el caso de la obesidad. El concepto de RESTRICCIÓN se refiere a la tendencia de algunas personas a restringir su ingesta como una forma de regular su peso corporal. Los patrones alimentarios están determinados por factores fisiológicos que impulsan el deseo de comer y los esfuerzos para resistir tal deseo. Este esfuerzo cognitivo que actúa como mediador para combatir el impulso de comer, es lo que se denomina **-restricción-** (Herman and Mack 1975). Tanto en el obeso, como en personas biológicamente programadas para ser obesas, pero que mantienen un peso normal ('obesidad latente'), se supone la existencia de un alto nivel de restricción; sin embargo, frente a determinados 'desinhibidores' como el alimento, ciertas emociones de valor negativo, sustancias como el alcohol, conocido por sus propiedades desinhibitorias, y creencias sobre el contenido calórico del alimento llevarían a una conducta paradójica con pérdida transitoria del control cognitivo e ingesta exagerada

1.3 Factores de riesgo en la obesidad:²⁰

Es importante considerar los factores de riesgo que llevan, de manera preponderante a una persona a ser obesa.

¹⁹ "Psicofisiología del sobrepeso y la obesidad en mujeres". Sanfuentes, M^a Teresa. Tesis para optar al grado de Licenciado en Psicología. Universidad Diego Portales, 1990.

²⁰ "Obesidad". José I. Infante. Revista Chilena de Pediatría N° 64, 1993.

- ◆ Los hijos de padres obesos tienen cuatro o cinco veces más riesgo de obesidad que la población general. Cuando un gemelo es obeso, el riesgo del otro es cercano a 95%, pero en los niños adoptados por padres obesos la incidencia no es mayor que en la población general, siendo su tendencia la de los padres naturales. Lo anterior hace pensar en un factor genético predisponente al cual se agregarían los factores ambientales para constituir la obesidad. Otros estudios²¹ indican que los hijos de padres obesos son en un 80% obesos; cuando sólo uno de los padres es obeso, la cantidad de hijos obesos es de 40%; si ambos padres son normales, la posibilidad de hijos obesos es de 10%. Si bien ambos resultados podrían interpretarse como un producto del factor hereditario, hay que considerar los hábitos de alimentación dentro de la familia, los hábitos de actividad física, la costumbre de pasar horas frente a la televisión.
- ◆ Otro factor importante de riesgo es, sin duda, la sobrealimentación en la niñez y adolescencia, por razones culturales tales como creencias que relacionan la gordura y buena salud o mayor resistencia a las infecciones; hábito de comer alimentos que no nutren pero aportan grandes cantidades de calorías, como la llamada comida "chatarra"²², muy popular entre escolares y adolescentes; empleo de alimentos para premiar, gratificar, mantener a los niños tranquilos y sin llanto. La sobrealimentación tendría un efecto en el tejido adiposo, especialmente en los periodos de crecimiento rápido (primeros dos años de vida y pubertad), aumentando el número de adipositos, los que posteriormente no es posible perder, quedando la persona con una capacidad de almacenar grasa superior a lo normal.

No es infrecuente que los padres digan que sus hijos no comen más incluso, a veces, comen menos que niños no obesos, sin embargo no consiguen un peso adecuado. En estos casos hay que buscar alteraciones en el balance energético, como sedentarismo, o reconocer, que ese niño necesita menos energía que otros de su edad y sexo.²³

La obesidad infantil y juvenil se acompañarían por el aumento del número y tamaño de células grasas, en tanto que la obesidad iniciada en la vida adulta existiría sólo un aumento del tamaño celular.

²¹ "Obesidad: consideraciones generales", Dr Ronald Youlton. Revista Chilena de Pediatría N°60, 1989.

²² Torresani destacó la importancia de las causas ambientales: " los niños, particularmente los que viven en las grandes ciudades, se ven atraídos y atrapados por la gran invasión de 'comida chatarra' y tentados por las sorpresas que los acompañan". <http://www.healthig.com/obesidad/obesidad4.htm#>

²³ "Obesidad del niño y del adolescente" Dr. Santiago Muzzo. Revista Chilena de Pediatría N°60, 1989.

Existe una relación entre el número de adipositos y la edad de presentación de la obesidad. La reducción de peso en el obeso se asocia sólo a la disminución del tamaño celular, en tanto que la obesidad temprana se acompañaría de aumento definitivo del número de células grasas. De hecho, en el niño obeso el desarrollo celular ocurre a mayor velocidad que en el niño normal, alcanzando el número de células del adulto en edades tempranas como los 18 meses. De este modo, el niño obeso mantendría su hiper celularidad grasa, a pesar del tratamiento nutricional y se hace evidente que la detección precoz de esta anomalía es importante para prevenir la obesidad de por vida.

Por lo anterior, existe un consenso que el pronóstico es peor para los adultos que iniciaron su obesidad cuando niños.

- ◆ Por otra parte, es relevante conocer que la obesidad comparte las características de las conductas adictivas, hay un refuerzo inmediato para la conducta de comer, mientras que las consecuencias aversivas (engordar) y los refuerzos para el no seguir comiendo (adelgazar) están diferidas en el tiempo.²⁴

Existen además, dos circunstancias agravantes con respecto a otras adicciones: el acto de comer ocurre en un amplio rango de situaciones y está bajo el control de muchos estímulos, además del hambre. Es una conducta inevitable a la cual no se puede escapar, que se debe realizar varias veces en el día. Esto explica la gran resistencia al cambio de la conducta de comer en los obesos.²⁵

1.4 Aspectos clínicos y consecuencias.

Si bien la relación causal de la obesidad y enfermedad no está claramente establecido, estudios epidemiológicos señalan que la obesidad constituye un importante factor de riesgo.²⁶ Los problemas de salud subclínicos o potenciales, relacionados con ésta, rara vez motivan la consulta al especialista.²⁷ Ya Hipócrates hace más de dos mil años notó

²⁴ "Obesidad: consideraciones generales". Dr Ronald Youlton. Revista Chilena de Pediatría N°60, 1989.

²⁵ "Aspectos psicosociales de la obesidad en niños" Dra. Flora de la Barra. Revista Chilena de Pediatría N° 60,1989.

²⁶ "Estilos de vida y conducta alimentaria en el adolescente" Grupos de profesionales de trabajo. Programa MECE Media,1998.

²⁷ "Estilos de vida y conducta alimentaria en el adolescente" Grupos de profesionales de trabajo. Programa MECE Media,1998.

una mayor tenencia a muerte súbita en obesos. También describió alteraciones en el ciclo menstrual e infertilidad en mujeres.²⁸

1.4.1 Aspecto cardiovascular:²⁹ El exceso de peso se relaciona, directa y exponencialmente, con la mortalidad por causas cardiovasculares. En efecto, guarda relación con la hipertensión arterial (alrededor del 50% de los hipertensos son obesos). Presentan dislipidemias, es decir, tienen una tendencia a tener concentraciones más altas de colesterol total LDL y la disminución de los triglicéridos a niveles bajos y con una disminución de HDL-colesterol. La actividad fibrilar se encuentra disminuida. Es bastante significativa la relación entre la distribución androide de gordura corporal con el desenvolvimiento de la isquemia coronaria.

1.4.2 Metabolismo glicídico: La obesidad es un importante factor de riesgo para el desenvolvimiento de diabetes mellitus insulino dependiente (DMII), hasta tal punto que el riesgo de diabetes aumenta paralelamente con el incremento del IMC. Por el contrario, al disminuir de peso mejoran las cifras de glicemia y aumenta la sensibilidad de insulina. Los obesos insulino dependientes mantienen su glicemia plasmática en niveles elevados de insulina. Al bajar de peso se producen cambios aunque no se consiga llegar al peso correcto.

1.4.3 Aspecto respiratorio: La gordura puede causar alteraciones en el aparato respiratorio, con una disminución del volumen de complixidad pulmonar, los obesos tienen una dificultad para movilizar la caja torácica con la consiguiente reducción del volumen pulmonar. En casos extremos, la obesidad puede provocar apnea durante el sueño (síndrome de apnea obstructiva del sueño SAOS), por factores mecánicos y también por alteración del centro de control del sistema nervioso central.

1.4.4 Cáncer: En un estudio realizado por la American Cancer Society³⁰ en 750 mil sujetos durante doce años se observó que el riesgo de mortalidad por cáncer fue 1,33 veces

²⁸ <http://www.lampada.uerj.br/cad-ind>

²⁹ "Obesidad: un desafío pendiente en Chile", Cecilia Albala, Fernando Vio del R, Juliana Kain. Revista Médica de Chile N° 126, 1998.

³⁰ "Obesidad: un desafío pendiente en Chile". Cecilia Albala, Fernando Vio del R, Juliana Kain. Revista Médica de Chile N° 126, 1998.

mayor en hombres obesos (cáncer al colon y de próstata) y 1,55 mayor en mujeres (cáncer de endometrio, vesícula, útero y mama).

1.4.5 Sistema Musculoesquelético: Se observa una asociación de la obesidad con gota y con trastornos de osteoporosis.

1.4.6 Sistema Reproductor Femenino: Mujeres obesas presentan sangramiento disfuncional uterino y amenorrea con mayor frecuencia. Esto por la ocurrencia de alteraciones en el sistema hipotalámico-hipofisiario. El síndrome de ovarios poliquísticos es probablemente la condición endocrina más prevalente en mujeres en la etapa reproductiva.

1.4.7 Co-morbilidad: La mayor co-morbilidad se nota durante la adolescencia. Los obesos tienen igual porcentaje de enfermedad mental que la población en general. Los padres obesos igual.

*Trastornos mentales asociados:*³¹

- Trastornos de ansiedad: flotante, generalizada, de separación.
- Crisis de pánico.
- Fobias.
- Dolor abdominal recurrente (DAR).
- Distimia.
- Depresión.
- Trastornos de conducta.
- Trastornos de personalidad.

En el análisis de los datos del estudio de Framingham, se ha estimado que si toda la población tuviera un peso óptimo, se produciría un 25% menos de enfermedades coronarias y 35% menos de insuficiencia cardiaca congestiva e infarto cerebral.³²

1.4.8 Aspecto social.

Las investigaciones apuntan a que los factores dietarios se asocian a la mayoría de las enfermedades crónicas que hoy constituyen las principales causas de muerte en Chile.

³¹ "Aspectos psicológicos de la obesidad en la infancia: una vivencia integrada". Dra. Patricia Cordella. Revista Pediatría al día N° 14, 1998.

³² "Obesidad: un desafío pendiente en Chile". Cecilia Albala, Fernando Vio del R, Juliana Kain. Revista Médica de Chile N° 126, 1998.

Por otra parte, junto al crecimiento económico y al desarrollo tecnológico experimentado en los últimos años, se ha producido un gran cambio en la industria alimentaria y en la alimentación de las personas. La incorporación progresiva de la mujer al campo laboral (como se señalaba anteriormente), el aumento de personas que consumen una o más comidas fuera del hogar, se ha aparejado con una expansión de restaurantes de comida rápida caracterizada por ser rica en grasas.³³

Es necesario indicar que la obesidad no es un problema individual sino social. La sociedad actual promueve el aumento de peso, favorece el sedentarismo³⁴, las cenas y los almuerzos sociales-laborales en las que se abusa de la comida y la bebida, el 'picoteo' ente las comidas con los amigos, el consumo rico en grasas y azúcares, etc. Por otro lado, la sociedad lanza al mercado el valor supremo de la delgadez y esbeltez corporal. En los últimos años se insiste a lo que es el 'culto al cuerpo' donde la presión social es muy fuerte, sobretodo que contribuye al hecho de que cada vez más, un mayor número de personas se considere a sí mismas obesos o con un sobrepeso que las otras personas cayendo en el riesgo de caer en una verdadera obsesión por estar más delgados y querer perder peso a toda costa lo cual provoca trastornos psicológicos, físicos muy negativos que fomentan, de cierta manera, los problemas de anorexia y bulimia.³⁵

El rechazo, la discriminación y el temor que sufren las personas obesas desde la infancia o adolescencia constituyen otras de la serie de consecuencias, ya que conllevan la estigmatización de "el gordo/ "la gorda", quien pasa a ser un motivo de burla y exclusión en ciertas instancias de socialización, tales como juegos, actividades deportivas, fiestas, en incluso se ven limitados para adquirir prendas de vestir. Este punto, es importante de considerar ya que en la adolescencia se le da mayor importancia a la apariencia física y al contacto social, sobretodo del sexo opuesto, y es una de las etapas que más sensibilidad

³³ "Estilos de vida y conducta alimentaria en el adolescente" Grupos de profesionales de trabajo. Programa MECE Media, 1998.

³⁴ "En Chile, el sedentarismo fue estudiado en la encuesta realizada por Berríos y cols en 1988: utilizando el criterio de la OMS, que considera como sedentaria a una persona cuando efectúa menos de dos sesiones semanales de 15 minutos cada una, se encontró que en promedio, el 55,4% de los hombres y el 77,4% de las mujeres eran sedentarias, estas cifras, al igual que las de obesidad, eran mayores en el estrato socioeconómico bajo". "Obesidad: un desafío pendiente en Chile", Cecilia Albala, Fernando Vio del R, Juliana Kain. Revista Médica de Chile N° 126, 1998, pag 1005.

³⁵ "Psicología de la salud", Dr. Jorge Luzoro. Cap. III "Evaluación y tratamiento de la obesidad", Ma Nieves Vera, Ma Carmen Fernández; Ma Nieves Pérez. Universidad de Granada. Ed. Bravo y Allende Editores, 1999.

provoca el tema de la "gordura", lo que es relevante de considerar en el diseño del programa.

Se agrega la dificultad, además, para acceder a ciertas fuentes laborales, dado que, por una parte, constituye un riesgo potencial para la empresa (por la morbilidad que conlleva la obesidad), y por otra, porque la presencia física es un requisito importante en ciertas actividades.³⁶

En la actualidad, el obeso se ve enfrentado a mensajes comunicacionales contradictorios, los que por una parte le exigen una figura esbelta, y por la otra, le conducen a consumir alimentos hipercalóricos y servicios que promueven una vida sedentaria. Lo expuesto le dificulta comprometerse en un tratamiento adecuado que pudiendo ser efectivo, le demanda esfuerzos que no están dispuestos a cumplir, y por tanto buscan soluciones más fáciles y "mágicas".³⁷

A través de los medios de comunicación estamos recibiendo sugerencias en cuanto a la cantidad, calidad y características particulares de los alimentos, siendo asociados a significados que no tienen que ver solamente con la básica conducta de sobrevivencia que es la alimentación.

Se ha ido creando mitos que avalan el exceso de consumo: alimentación es igual a calidad de cariño, alimentación es igual a calidad de proveedor del padre. Así el mensaje sería el mito de "ser delgado es sinónimo de bienestar y éxito", "ser delgado denota capacidad de control", por lo que estamos en un permanente mensaje de "Coma/No Coma". Para el "COMA" está la idea de placer compensatorio y la asociación de alimento con placer sensorial. Para el "NO COMA" existe la construcción social de un cuerpo ideal, inalcanzable y cambiante, el cual necesita del desarrollo de un vasto mercado satélite: industrias cosméticas, vestuario, alimentos dietéticos, etc.

El cuerpo humano pierde sus límites, es un cuerpo acoplado a significantes culturales marcadores de un supuesto; éxito, atractivo, popularidad, felicidad e incluso aceptación y amor. El obeso, situado lejos del ideal corporal social, es muchas veces, castigado con discriminación y aislamiento.³⁸ Pocos trastornos son tan visibles a los demás

³⁶ "Estilos de vida y conducta alimentaria en el adolescente" Grupos de profesionales de trabajo. Programa MECE Media, 1998.

³⁷ "Estilos de vida y conducta alimentaria en el adolescente" Grupos de profesionales de trabajo. Programa MECE Media, 1998.

³⁸ "Aspectos psicológicos de la obesidad en la infancia: una vivencia integrada". Dra. Patricia Cordella.

como la obesidad, y aún menos trastornos generan tanta ridiculización de sus víctimas y condena de parte de los demás. Los obesos típicamente responden con vergüenza, pena y culpa. Muchos de ellos, y en particular los pacientes de nivel socioeconómico alto y medio, se ven cargados de un legado de fracasos para controlar su peso. La carga puede no desembocar en una depresión clínica, pero reduce la autoestima del paciente y afecta la calidad de vida del individuo. La frustración y pena se intensifican cuando los pacientes luego de una pérdida de peso vuelven a subirlo, y a veces exacerbada por los mismos profesionales que sugieren que "no tendrían muchas ganas de bajar, pues de lo contrario habrían hecho más esfuerzos para bajar de peso".³⁹ Y estos puntos son vitales a tenerlos en cuenta para el diseño del programa, ya que conlleva un manejo de diferentes aspectos como los aquí relatados, y además, pueden verse beneficiadas ya que, al tratar el tema en forma grupal, pueden verse comprendidas y al mismo tiempo, puede crearle un sentido de pertenencia al grupo, lo que se les dificulta tener en otros lugares.

1.4.9 Contexto de la obesidad

Existen tres planos que representan un *continuum* que parte con la biología y se modulan con el ambiente relacional familiar y cultural, que representa el contexto de donde se da la obesidad y que contribuyen a que ésta ocurra.⁴⁰

◆ Obesidad y sí mismo.

La construcción del sí mismo se inicia desde las percepciones propioceptivas y enteroceptivas ya desde el útero donde es confuso.

Al nacer, la interacción con el ambiente (nadie primero y después familia) hará posible ir distinguiendo desde la confusa vivencia primigenia las distintas percepciones y emociones.

Las personas que son obesos genéticos (que se distinguen de los obesos "reactivos" que se acoplan sólo después a este funcionamiento) tienen información que regula el peso. Algunas de estas características dificultan la estructuración del sí mismo:

- Alteración en la integración de la sensación del apetito.

³⁹ "Obesidad: Factores psiquiátricos y psicológicos" Dr. Daniel Buschiazzo, Ps. Christian Feuchtmann. Boletín Escuela de Medicina, P. Universidad Católica de Chile 1997, Nº 26.

⁴⁰ "Aspectos psicológicos de la obesidad en la infancia: una vivencia integrada". Dra. Patricia Cordella. Revista Pediatría al día Nº 14, 1998.

- Regulación de la angustia y el ánimo a través de la ingesta.

La angustia es una emoción básica inherente a la vida, necesaria para aumentar el alerta y las conductas de huida, asegurando la sobrevivencia en situaciones de alarma real.

En el obeso es muy probable que las respuestas de la angustia sean leídas directamente por el hipotálamo como falta de alimento, sin mediar otras consideraciones. Esto se deduce de la necesidad de ingerir hidratos de carbono para regular la ansiedad y el ánimo que caracterizan a esta población. Es posible pensar que los obesos mantienen un nivel basal de angustia aumentado que requiere ser regulado desde la ingesta, que estas personas comparten al menos un sistema de angustia desregulado como característica constitucional, esto se le llama "*restricción cognitiva*", en resumen, estas personas viven en un estado permanente de restricción cognitiva de tal modo que en el momento en que se produce una liberación por alimento, fármacos u otro mecanismo, en vez de producir saciedad, se produce una contrarregulación paradójica y aumento de la ingesta⁴¹. El obeso no sería capaz de interpretar entre el *continuum* existente entre atención- interés- sorpresa- alerta- asombro- alarma- ansiedad- miedo- pánico- terror. Y esto, porque desde su genética tendría niveles de funcionamiento desregulados.

Al existir ansiedad, aumentaría la ingesta como una forma de producir hiperglicemias que aumenten el nivel de neurotransmisores responsables de producir un estado de tranquilidad. Con esto se conseguiría momentáneamente bajar la actividad corporal y emocional (y tal vez explicaría el "picoteo", conducta habitual de los obesos) y aumentar la pasividad. Así sería posible borrar la emocionalidad y conseguir la negación psicológica. Durante el desarrollo, esto tiene como consecuencia armar un cuerpo representado por múltiples vacíos (las percepciones que fueron bloqueadas y aquellas que no aprendieron a nominar) y de esta forma ir construyendo un sí mismo fraccionado. Si se agrega el maltrato y la discriminación a la que son sometidos estas personas, principalmente niños y adolescentes, por sus pares, es posible entender la co-morbilidad, (baja autoestima, trastornos emocionales) que suele acompañar el cuadro y que tiende a perpetuarlo.

La construcción del sí mismo será caracterizada por:

⁴¹ <http://www.aaps.com.ar.htm>

→ *Alteraciones de la autopercepción:* mediada por el continuo bloqueo de cualquier emoción que es leída como angustia y tratada como tal suprimiéndola con la ingesta. El obeso vive en estado metabólico lactante, permanentemente ávido, incapaz de frustrarse sin sentir angustia o irritabilidad. En este sentido hay un paralelo con los síndromes de privación de drogas.

Además se observa la alteración en la percepción de límites, dificultad en reconocer por ejemplo la saciedad del apetito y distorsión en la percepción corporal de límites.

→ *Alteraciones en la percepción de emociones.*

→ *Alteraciones en la representación del cuerpo:* el cuerpo aparece con zonas de negación, algunos autores llaman "huecos" de la personalidad, que en el niño y el adolescente obeso paradójicamente no es (su cuerpo) aparece aumentado de volumen. En un estudio realizado⁴² se corrobora que en la obesidad hay una distorsión de la imagen corporal que es experimentada como 1. - Inexactitud de la estima de la dimensión corporal, y 2. - Afectividad hacia el cuerpo y sus segmentos constitutivos (la llamada Insatisfacción Corporal), donde los resultados mostraron una similitud en el estado de Insatisfacción Corporal en los grupos con patología alimentaria (anorexia y bulimia) con el grupo con sobrepeso.

1.5 Obesidad y familia

La obesidad es el resultado de un proceso histórico de la organización relacional de una familia.

Desde el punto de vista sistémico, Mínochín⁴³ caracteriza a la familia disfuncional con un niño con desorden de alimentación: alto control, sobreprotección, rigidez, alto nivel de conflicto con dificultades para resolverlas, exceso de preocupación por el bienestar físico y de la comida, y el niño está involucrado en un conflicto parental. Satter⁴⁴ agrega, para los desórdenes de alimentación severos, un nivel inadecuado de control parental,

⁴² "Insatisfacción corporal en los trastornos de hábito de comer". Rosa Astudillo, Juan Arvelaez, Paulina Corsi, Paulina Muñoz, Rosemarie Rosales. Revista de Psiquiatría, N° 2, 1996.

⁴³ Citado en: "Obesidad: consideraciones generales", Dr Ronald Youlton. Revista Chilena de Pediatría N°60, 1989.

⁴⁴ Citado en: "Obesidad: consideraciones generales", Dr Ronald Youlton. Revista Chilena de Pediatría N°60, 1989.

resistencia de todos los miembros al cambio y gran intensidad de sentimientos en la base de los conflictos.⁴⁵

La obesidad surgiría y perduraría en familias donde la ingesta está cargada con significantes afectivos coherentes con el orden relacional a la base de la familia.

Entre las características observadas en las familias con un miembro obeso encontramos ⁴⁶:

1. Se trataría de familias donde se facilitan las relaciones de dependencia y por tanto, hay una parte de la familia que espera (pasividad) que otra se sacrifique para otorgarle bienestar, a cambio, de quedar atrapado en la red emocional co-creada que tiende a ser confusa y traslapada.
2. Hay una sobreinvolucración, permaneciendo todos en un estado de aglutinación donde los límites personales están "borrados", gracias a la dependencia retenida, se mantiene a raya la posibilidad de separación emocional. La individuación, el proceso de convertirse en individuo, es desacelerada "significando" cualquier diferencia en la familia como deslealtad.
3. Como una forma de mantener la unión y armonía familiar los conflictos se evitan negando que existan. Comer es una forma de mantener el "off emocional".
4. Para lograr su funcionamiento "estable" (rígido) la familia fija roles, lo cual asegura la conducta, los sentimientos, las relaciones de cada miembro y disminuye la necesidad de flexibilizarse hacia un cambio.

De lo anterior, se deriva el hecho que la familia juega un rol importante en la génesis y mantención de la obesidad. Ella determina la cantidad y calidad de alimentos disponibles, enseña el rol de la comida como reforzador, a comer cuando está ansioso, incorpora educación nutricional y presta apoyo para el cambio conductual.⁴⁷ Este punto es importante a considerar en un programa de apoyo psicológico a las adolescentes, ya que éstas se verían beneficiadas si obtienen apoyo de sus familias para su tratamiento y

⁴⁵ "Obesidad: consideraciones generales", Dr Ronald Youlton. Revista Chilena de Pediatría N°60, 1989.

⁴⁶ "Aspectos psicológicos de la obesidad en la infancia: una vivencia integrada". Dra. Patricia Cordella. Revista Pediatría al día N° 14, 1998.

⁴⁷ "Obesidad: consideraciones generales", Dr Ronald Youlton. Revista Chilena de Pediatría N°60, 1989.

posterior mantención de un peso adecuado para ellas, asimismo, es necesario averiguar las creencias familiares que subyacen a un tipo de alimentación ya que muchas de estas familias tienen mitos tales como "el niño/a gordo/a es sano/a", y que es necesario que se den cuenta para un posterior cambio de hábitos de alimentación.

Bruch⁴⁸ describió una psicopatología específica en las familias de los niños obesos, en que los padres tienen expectativas exageradas acerca de lo que el niño tiene que comer, y una crianza poco realista en el que le exigen ser más grande y mejor que los demás, produciéndoles sentimientos de fracaso que no pueden asumir. Las madres serían inseguras y nos les permitirían confiar en sus impulsos y actividades. Este estereotipo se encuentra sólo en algunas familias de niños y adolescentes obeso.⁴⁹

1.6 Evaluación de la composición corporal.

Existen indicadores para medir el nivel de obesidad de una persona, los más utilizados son aquellos que combinan el peso y la talla como la relación peso para la talla (P/T) el índice de masa corporal.

De acuerdo a la relación peso- talla (P/T) se define como obeso al individuo que presenta una relación del 120% o más, según edad y sexo, del patrón de referencia actualmente en uso (el National Center for Health Statics NCHS; OMS).⁵⁰

Por otra parte, se usa el índice cintura/cadera (ICC), que se utiliza ampliamente para clasificar la obesidad en androide o ginecoide. La cintura se mide por debajo del reborde costal y por encima de la cresta iliaca, tomándose la medición a este nivel. El índice cintura/cadera se calcula de acuerdo a la siguiente fórmula:⁵¹

ICC= circunferencia abdominal/ circunferencia glútea.

El índice de masa corporal (IMC) expresado como el peso/talla es actualmente el más usado porque se correlaciona mejor con el contenido de grasa corporal. De acuerdo a este parámetro se define obeso al sujeto cuyo IMC es igual o superior a 30 kg./m.

⁴⁸ Citado en: "Obesidad: consideraciones generales". Dr Ronald Youlton. Revista Chilena de Pediatría N°60, 1989.

⁴⁹ "Obesidad: consideraciones generales". Dr Ronald Youlton. Revista Chilena de Pediatría N°60, 1989.

⁵⁰ "Estilos de vida y conducta alimentaria en el adolescente" Grupos de profesionales de trabajo. Programa MECE Media, 1998.

⁵¹ "Diagnóstico de la obesidad y sus métodos de evaluación". Dr. Manuel I. Moreno González. Boletín Escuela de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile, 1997, n°26.

Es importante considerar que este cálculo pierde confiabilidad en atletas con gran masa muscular. A continuación se presenta una tabla de definición del sobrepeso y obesidad considerando los estudios del World Health Organization (WHO), y el National Center for Health Statics (NCHS) y las compañías de seguro.

Fuente: " Diagnóstico de la obesidad y sus métodos de evaluación". Dr. Manuel I. Moreno González. Boletín Escuela de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile. 1997, n°26.

	NCHS	C. Seguro	WHO
sobrepeso	Peso > % 85 IMC (masc) > 27,8 IMC (fem) > 27,3	> 20% del PTI	IMC entre 25 y 30
obesidad	Peso > % 95 IMC (masc) > 31,1 IMC (fem) > 32,3	>40% del PTI	IMC superior a 30

*P= peso; A= altura; PTI= peso teórico ideal.

Obesidad mórbida: IMC superior a 40; 45 kilos más del PTI o masa con más del 100% de exceso.

El cálculo del índice de masa corporal (IMC) es muy sencillo:

IMC= Peso en Kilogramos/Talla en metros al cuadrado.⁵²

Esta clasificación fue propuesta por Garrow y es la usada actualmente por la Organización Mundial de la Salud.⁵³ Se ha difundido rápidamente por su sencillez y por no precisar del uso de tablas especiales. Sin embargo, ha habido algo de controversia en la elección de puntos de corte para definir obesidad.

RANGOS (Grados de obesidad)

20-25 Normalidad.

25.1-26.9 Sin enfermedades relacionadas con la obesidad normal.

27-29.9 Obesidad Grado I (Sobrepeso).

30-34.9 Obesidad Grado II

35-39.9 Obesidad Grado III.

Obesidad Grado IV (mórbida).

⁵² <http://www.sch-iclh.org/POBESIDA.htm>

⁵³ "El problema de la obesidad y sus características alarmantes en Chile". Jaime Rozowski, Antonio Arteaga. Revista Médica de Chile, 1997, N°125.

En el estudio del obeso, es necesario agregar, otras mediciones como la medición del pliegue cutáneo, que permite calcular- mediante fórmulas- la relación masa grasa/masa magra, según estas mediciones se aceptan como obesos aquellos cuyos pliegues se ubican desde el percentil 95 en adelante.⁵⁴ Se basa en que más de la mitad de la grasa se encuentra depositada debajo de la piel, porcentaje que aumenta con el peso.

1.7 Tipos de obesidad.

A un nivel más general, existe el consenso que la obesidad es una enfermedad nutricional caracterizada por la presencia de una cantidad excesiva de tejido adiposo e relación a la masa corporal. Con respecto a esto existen dos tipos de obesidad, caracterizadas por la distribución de grasa corporal y por medio del cálculo que es más usado para medirla, el IMC. A la hora de predecir las posibles complicaciones derivadas de la obesidad tiene una gran importancia la distribución de grasa. Existe entonces, una clasificación por el número de células adiposas, donde el número de adipositos crece más rápidamente ente el fin de la infancia y el inicio de la edad adulta, es la llamada **obesidad hipercelular** que ocurre con el aumento del número total de células adiposas, donde se puede tornar hasta cinco veces mayor al número encontrado en un adulto normal (de 40 a 60 x células). Esta forma de obesidad se desenvuelve en la infancia y adolescencia.⁵⁵

La **obesidad hipertrófica**⁵⁶ se caracteriza por el aumento del tamaño de las células adiposas por un acumulamiento de lípidos. Se inicia en la edad adulta y se correlaciona mejor con la distribución androide de obesidad.

En cuanto a la distribución del tejido adiposo se clasifica según el predominio de la grasa. La medición de las circunferencias se realiza con una cinta métrica, en posición de pie.

Es una determinación muy sencilla y la más utilizada para valorar la distribución de grasa, por lo que se dividen en tres clasificaciones:⁵⁷

⁵⁴ "Obesidad", José I. Infante L, Revista Chilena de Pediatría, N° 64, 1993.

⁵⁵ <http://www.lampada.uerg.br/cad-ind>

⁵⁶ <http://www.lampada.uerg.br/cad-ind>

⁵⁷ <http://www.lampada.uerg.br/cad-ind>

- a) **Obesidad androide, central o abdominal:** se caracteriza por un acumulo de grasa en el tronco y abdomen, con un valor ICC (índice cintura/cadera) mayor de 1,0 para hombres y 0,85 para mujeres. Se asocia a una serie de complicaciones metabólicas, tales como hiperinsulinismo, diabetes mellitus tipo II, gota, hipertensión arterial y enfermedades cardiovasculares.
- b) **Obesidad ginoide o periférica:** distribuye la grasa fundamentalmente en el área glúteo-femoral, con valores inferiores a los mencionados previamente para cada sexo.
- c) **Obesidad de distribución homogénea.**

2.2.- PREVALENCIAS DE LA OBESIDAD EN CHILE

Desde 1960 hasta la actualidad un número reducido de estudios nacionales y regionales han identificado a la obesidad como un problema de prevalencia elevada creciente en la población adulta y emergente en la población infanto-juvenil y que afecta a todos los estratos socioeconómicos.

En la actualidad, ha habido una reducción de las tasas de desnutrición materno-infantil e infecto-contagiosas y han emergido las enfermedades crónicas no transmisibles hasta el punto que Chile presenta hoy una de las más bajas tasas de mortalidad infantil de Latinoamérica mientras que las enfermedades circulatorias y neoplasias lideran las causas de muerte.⁵⁸

Una encuesta sobre factores de riesgo de enfermedades crónicas efectuada por Berrios y cols en 1987 en la Región Metropolitana⁵⁹ mostró una prevalencia de obesidad de 13,2% en hombres y 22,7% en mujeres utilizando como indicador el IMC. En ambos casos la obesidad aumentaba con la edad, y era más frecuente en el sexo femenino perteneciente a niveles socioeconómicos bajos. Estos datos son coherentes a los obtenidos en 1996 en la encuesta base del programa CARMEN en Valparaíso donde también se demostró que la obesidad aumentaba con la edad.

⁵⁸ "El problema de la obesidad y sus características alarmantes en Chile". Jaime Rozowski, Antonio Arteaga. Revista Médica de Chile, 1997, N°125.

⁵⁹ "Obesidad: un desafío pendiente en Chile", Cecilia Albala, Fernando Vio del R, Juliana Kain. Revista Médica de Chile N° 126, 1998.

2.2.1 Prevalencia en la mujer.

La frecuencia de la obesidad está aumentando en niños y adolescentes, especialmente del sexo femenino. Esta alta frecuencia crece a medida que aumenta la edad. En Chile en clase media y baja los porcentajes de obesidad en la mujer fluctúan desde un 5 a 10%, en menores de 14 años, hasta un 35% entre 14 a 19 años, en tanto que en varones no pasan de 5% en menores de 14 años y se mantienen iguales en el grupo de 14 a 19 años. Esto señala que en Chile la obesidad es significativamente más prevalente en la mujer.

Los primeros dos años de vida y, posteriormente, el período prepuberal en la mujer son las dos épocas de mayor frecuencia de iniciación de la obesidad, con hiperplasia celular grasa. Hay controversias acerca de si la obesidad iniciada en estos dos periodos se perpetúa en la vida adulta.

Otro estudio epidemiológico de obesidad realizado en la de Santiago, fue efectuado por Marambio⁶⁰ como parte de un estudio de salud respiratoria. Se estudiaron 1488 individuos de 15 a 92 años con una leve preponderancia en mujeres. En este estudio la prevalencia de la obesidad encontrada fue de 20,7% en hombres y de 34,4% en mujeres.

Se realizó un estudio⁶¹ para medir la prevalencia de obesidad en adolescentes de sexo femenino en 9 liceos de Chillán, donde se encontró un 30% del total de la muestra con sobrepeso y obesidad.

2.3.- TRATAMIENTO

Existe consenso que el tratamiento individual de la obesidad es ineficaz a mediano y a largo plazo por lo que se hace imperante plantear la prevención como una de las más importantes estrategias del manejo del problema.⁶² Llama la atención, la ausencia de un programa coherente de prevención de la obesidad en el ámbito nacional. Esto lleva al equipo de salud a una posición de indiferencia frente al problema y a la proliferación de centros asistenciales privados que, salvo excepciones, tienen objetivos netamente comerciales y no son técnicamente adecuados.

⁶⁰ "El problema de la obesidad y sus características alarmantes en Chile". Jaime Rozowski, Antonio Arteaga. *Revista Médica de Chile*, 1997, N°1

⁶¹ "Prevalencia y factores condicionantes de la obesidad en adolescentes de sexo femenino". M. Angélica Mardones, Eduardo Atalah. *Revista Chilena de Pediatría* N° 58, 1987.

⁶² "El problema de la obesidad y sus características alarmantes en Chile". Jaime Rozowski, Antonio Arteaga. *Revista Médica de Chile*, 1997, N°125.

Aún más, la situación ha llegado a tal extremo que el sistema de salud privado no considera financiamiento para la atención individual por obesidad y si lo hace, éste es parcial, como regalía para captar nuevos beneficiarios.

La actitud de las autoridades de salud no reconoce a la obesidad como una patología de gran trascendencia en nuestro medio, aunque era comprensible en décadas pasadas en las cuales, el país mostraba altas tasas de desnutrición materno-infantil e infecto-contagiosas.

Aunque de lo anterior, se podría pensar que un programa para bajar de peso está destinado al fracaso, es importante considerar que, con un adecuado programa de apoyo, que tome las variables psicológicas que implican este estado, y un manejo de éstas, puede lograr un cambio real en el proceso que implica una baja de peso, porque apunta a las mujeres adolescentes que aún pueden realizar cambios perdurables en el tiempo.

Se puede postular que este programa de apoyo psicológico, puede ser un primer paso para abordar, desde el punto de vista del tratamiento y también de la prevención, este tema que se ha hecho cada vez más generalizado a nivel mundial, y donde los psicólogos tienen mucho que aportar.

Es así como se han ido desarrollando a lo largo del tiempo una serie de tratamientos para este problema, principalmente orientados a la modificación de los hábitos alimenticios y a la modificación de los patrones de la actividad física, ambos factores relacionados también con el éxito en la reducción y mantención del peso. No obstante, se ha ido cada vez más, a una toma de conciencia acerca de la necesidad de las intervenciones profesionales cada vez más específicas e individuales, realizadas por médicos, nutricionistas, psiquiatras y psicólogos, principalmente debido a que la obesidad ha demostrado ser una problemática con importantes costos tanto en el ámbito individual como en el social.⁶³

La obesidad es una de las patologías más difíciles de tratar, debido a las dificultades de los pacientes para seguir las indicaciones alimentarias y de aumento de la actividad física necesarias para su rehabilitación. El porcentaje de fracasos en el tratamiento con adolescentes es alto, con persistencia de la obesidad en la vida juvenil y adulta.⁶⁴

⁶³ "Obesidad: Factores psiquiátricos y psicológicos" Dr. Daniel Buschiazzo, Ps. Christian Feuchtmann. Boletín Escuela de Medicina, P. Universidad Católica de Chile 1997, N° 26.

⁶⁴ "Estilos de vida y conducta alimentaria en el adolescente" Grupos de profesionales de trabajo. Programa MECE Media, 1998.

En el tratamiento de la obesidad en niños y adolescentes, el problema principal, es la adherencia y la mantención de la baja de peso.

Desde finales de los años sesenta, como respuesta a la baja efectividad de las intervenciones tradicionales, surgen los primeros tratamientos conductuales para la obesidad⁶⁵. Desde el informe de Stuart⁶⁶ en 1967, se comenzó a aplicar los procedimientos conductuales. El énfasis se pone no tanto en qué comer sino en cómo comer.

En general, estos programas partían de dos ideas básicas. La primera, que el obeso presenta un estilo diferente de alimentación que el no obeso que se define por un ritmo de ingesta más rápido.

La segunda hipótesis de la externalidad, supone que la ingesta en las personas con sobrepeso está más controlada por estímulos externos relacionados con la alimentación que por factores fisiológicos asociados con estados de hambre y saciedad. Es decir, la regulación es proactiva y no reactiva, esto es más importante aun si consideramos que comer no significa solamente la satisfacción de una necesidad fisiológica sino de muchas otras necesidades o conductas motivadas.⁶⁷ A partir de estas dos ideas, los objetivos básicos de estos primeros tratamientos conductuales fueron a modificar el control estimular ambiental de la ingesta de los obesos y el comportamiento alimentario, haciéndolo más similar al que presentan individuos no obesos. Es decir, estos programas se orientaron en la modificación de factores de aprendizaje. Sin embargo, estos programas no demostraron tanta eficacia como en principio se esperaba.⁶⁸

El tratamiento está lleno de dificultades y fracasos, ya que los resultados en gran medida son dependientes del autocontrol alcanzado por el paciente y de obtener un cambio permanente en su estilo de vida.

El profesional o equipo tratante debe mantener una actitud crítica frente a la demanda real o excesiva de atención en obesidad, a fin de definir en forma adecuada indicaciones, objetivos y limitaciones del tratamiento.

⁶⁵ "Evaluación y tratamiento de la obesidad". Vera, Ma. Nieves; Fernández, Ma Carmen; Perez, Ma Nieves. "Psicología de la Salud" Dr. Jorge Luzoro. Ed. Bravo y Allende Editores. 1999.

⁶⁶ "Obesidad: consideraciones generales". Dr Ronald Youlton. Revista Chilena de Pediatría N°60, 1989.

⁶⁷ <http://www.aaps.com.ar.htm>

⁶⁸ "Evaluación y tratamiento de la obesidad". Vera, Ma. Nieves; Fernández, Ma Carmen; Perez, Ma Nieves. "Psicología de la Salud" Dr. Jorge Luzoro. Ed. Bravo y Allende Editores. 1999.

Antes de decidir una conducta terapéutica, se debe efectuar una evaluación clínica completa, que nos permita entre otras cosas, reconocer factores causales, la intensidad y evolución del sobrepeso, la presencia de patologías asociadas, el grado de motivación del paciente, las características de la distribución de grasa corporal y la presencia de patologías asociadas, limitantes o no del tratamiento, diagnosticadas o no previamente.⁶⁹ Deben considerarse también la tendencia del consumo, el estado psicológico previo del paciente y su familia, antecedentes familiares de obesidad, tratamientos previos y sus resultados, cálculo de grasa con relación a grasa magra, evaluación psicológica del paciente y su familia. El laboratorio clínico y de evaluación nutricional juega un papel fundamental de apoyo diagnóstico y de seguimiento en la evolución.

La tendencia actual es a prevenir la obesidad más que a su tratamiento⁷⁰. Se plantea que la gordura no necesita necesariamente falta de salud ya que no puede simplemente ser combatida con la receta de 'menos comida y más deporte', según señalan informes publicados en la revista Science.⁷¹ Los artículos apuntan a que se debe modificar el criterio de considerar al gordo enfermo y al flaco sano y proponen un nuevo sistema de evaluación de la salud basado en las denominadas "condiciones metabólicas".

Estas, por ejemplo, tienen en cuenta factores como el nivel de colesterol, triglicéridos, glucosa e insulina o presión sanguínea, entre otros para decidir si alguien está enfermo o sano.

Para James Hill, del Centro para las Ciencias de la Salud de la Universidad de Colorado, el objetivo de las medidas contra la obesidad deben dirigirse a los niños, porque resulta más sencillo "prevenir la gordura que curarla".

Para que el tratamiento en el niño y adolescentes con obesidad tenga buen éxito, debe realizarse en dos etapas, una disminución de peso y otra de mantención, lo que significa control permanente y estímulos para cambiar de modo de vida y conducta alimentaria.

⁶⁹ "Obesidad", José I. Infante. Revista Chilena de Pediatría N° 64, 1993.

⁷⁰ "Obesidad", José I. Infante. Revista Chilena de Pediatría N° 64, 1993.

⁷¹ <http://www.healthig.com/obesidad9.html>

Por esta tendencia hacia la prevención se emplean medidas que contribuyen a evitar el sobrepeso y la obesidad del niño y adolescente para evitar los riesgos mencionados anteriormente.

Según Mac-Donald⁷², en el tratamiento se deben tener presentes los siguientes aspectos:

- ◆ La obesidad es una enfermedad de larga data, que puede ser controlada pero no curada.
- ◆ El individuo severamente obeso es incapaz de seguir un régimen dietético.
- ◆ Un promedio de la ración diaria de calorías debe ser algo permanente en la vida del obeso.
- ◆ El alcanzar un peso normal, sólo refleja un éxito en el control de una enfermedad latente.
- ◆ Si su causa es de carácter psicológico, es fundamental la psicoterapia complementaria al tratamiento dietético.

Las medidas de control precoz de los niños con factores de riesgo son evitar la sobrealimentación en el lactante y preescolar, favorecer la lactancia materna, evitar el sedentarismo en escolares y adolescentes, todos elementos que debe manejar el pediatra que se consulta, y educación a las madres.⁷³

Por otra parte, se plantea que el éxito del tratamiento dependerá del claro conocimiento de los factores causales, teniendo presente que la etiología de la obesidad es de carácter multifactorial.⁷⁴

El enfrentamiento multidisciplinario debe considerar objetivos terapéuticos reales, integrando al criterio médico los contextos psicosociales, económicos y culturales del paciente, junto a las metas de peso a perder y el objetivo de mantención a largo plazo.⁷⁵

Como tratamiento preventivo la primera medida corresponde a la educación de la población y del grupo familiar del niño o adolescente. Esta educación deberá abordar el desarrollo de los buenos hábitos alimentarios, el mantener horario de comida, la

⁷² "Estilos de vida y conducta alimentaria en el adolescente" Grupos de profesionales de trabajo. Programa MECE Media, 1998.

⁷³ "Obesidad", José I. Infante. Revista Chilena de Pediatría N° 64, 1993.

⁷⁴ "Estilos de vida y conducta alimentaria en el adolescente" Grupos de profesionales de trabajo. Programa MECE Media, 1998.

estimulación de la actividad física y muy especialmente la práctica de algún deporte en el ámbito individual; se estima de especial relevancia informar a la familia y al paciente sobre los riesgos que acompañan a la obesidad.

En el tratamiento de la obesidad de los estudiantes es conveniente tener presente que el seguimiento del régimen dietético presenta dificultades, debido principalmente a limitaciones que tiene el adolescente por sus horarios de estudio u otras actividades, distancia entre casa y colegio, y la gran cantidad de publicidad de alimentos ricos en kilocalorías y sal.

Con respecto al ejercicio físico, los obesos son generalmente sedentarios, por lo que la estimulación de la actividad física constituye un aspecto importante de la terapia.

2.3.1 Métodos utilizados para bajar de peso.

Los objetivos del tratamiento son bajar de peso, cambiar las conductas alimentarias, corregir los trastornos secundarios psicológicos y fisiológicos y tratar de mantener un equilibrio en el tiempo.

1) Actividad física.

El tipo, duración y nivel de intensidad de la actividad física que realiza una persona influyen tanto en su patogenia como en la respuesta al tratamiento de la obesidad. Se ha demostrado que el ejercicio físico es una herramienta terapéutica eficaz en el manejo integral de las personas obesas.

La capacidad de trabajo físico es la capacidad de un sujeto para realizar un trabajo con agrado y sin la sensación de fatiga y depende de factores hereditarios, somáticos, ambientales y psicológicos. El aumento del nivel de actividad, lograda a través del entrenamiento, puede modificar en forma significativa esta capacidad.⁷⁵

El objetivo que se pretende es doble, por un lado, mantener el tono muscular y por otro, aumentar el gasto energético. El ejercicio debe ser adecuado al estado del paciente, en una obesidad grave, es recomendable realizar un ejercicio poco intenso como caminar. Hay

⁷⁵ "Manejo de la obesidad a través de un programa multidisciplinario" Dr. Carlos Grekin. Boletín Escuela de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile, N° 26, 1997.

⁷⁶ "Actividad física y obesidad", Raúl Valdés. Boletín de la Escuela de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile, N°26, 1997.

que procurar que la práctica del deporte se haga en compañía, para evitar el aburrimiento y con ello el cese de su práctica.⁷⁷

Hay evidencias suficientes que demuestran que el ejercicio físico es una herramienta terapéutica indispensable en el manejo integral del sobrepeso y obesidad. El entrenamiento debe respetar el perfil muy especial del obeso, que incluye una pérdida importante de la capacidad de trabajo físico, especialmente en relación con la resistencia a la fatiga y el desempeño de esfuerzo aeróbico.

Como única estrategia, el ejercicio es ineficaz para el logro de una baja de peso significativa, pero combinada con una dieta hipocalórica contribuye a mejorar la magnitud de la pérdida de peso, modifica favorablemente el metabolismo de grasas e hidratos de carbono, mejora la sensibilidad periférica a la insulina, contribuyendo a disminuir la compulsión y voracidad de comer.

En lo psicológico, puede tener un rol modulador positivo, mejorando la sensación de bienestar y autoestima, al permitir al paciente mejorar su capacidad física e imagen, con una mejor relación corporal.⁷⁸

El objetivo específico del entrenamiento en el obeso es la mejoría de la capacidad aeróbica donde el entrenamiento debe permitir realizar actividad física de mediana a gran intensidad (60 a 90% de su frecuencia cardíaca máxima teórica), por periodos prolongados (35 a 60 minutos). La mejoría de esta condición puede transformar al paciente en un excelente quemador de calorías con el ejercicio. También puede producir un aumento de la termogénesis post-ejercicio y de la tasa metabólica de reposo.

Para lograr lo anterior se necesita que el obeso se entrene con una frecuencia de tres veces por semana, con una duración de alrededor de sesenta minutos por cada sesión, manteniendo estable la carga de estímulos fisiológicos a lo menos 30-35 minutos, con ejercicio continuo o intermitente.

⁷⁷ <http://www.hcalthig.com/obesidad/obesidad4.htm#>

⁷⁸ "Manejo de la obesidad a través de un programa multidisciplinario" Dr. Carlos Grekin. Boletín Escuela de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile, N° 26, 1997.

2) Conducta alimentaria.

Dietas hipocalóricas: las dietas bajas en calorías pretenden conseguir un balance energético negativo. La dieta debe ser equilibrada en cuanto a nutrientes y se debe adecuar a los gustos costumbres y horarios de los pacientes. Hay que procurar que la transición sea progresiva y variada para que el paciente no caiga en la monotonía y abandone el tratamiento.⁷⁹

Otras cosas importantes a considerar son acudir al médico para pedir orientación, pactar con el médico metas alcanzables, realizar cinco comidas al día, planificar de antemano lo que se va a comer, preparar comidas cuando no se tiene hambre, comer pequeños bocados, beber entre 1,5-2 litros de agua al día, pesarse cada 7 -15 días y no cada día, buscar apoyo en la familia, evitar aportes calóricos sin valor nutritivo y complementar la dieta con ejercicios físicos.⁸⁰

Es necesaria una adecuada información nutricional. Hasta ahora en Chile se han usado oficialmente 3 clasificaciones alimentarias con tres diferentes criterios:⁸¹

- 1.- El cartel de los cuatro grupos de alimentos usados en la educación alimentaria desde 1948 hasta 1985. (dibujo 1)
- 2.- Entre 1985 - 1986, se clasifican los alimentos en cinco grupos. (dibujo 2)
- 3.- Entre 1988 - 1989, se utiliza la clasificación de alimentos en tres grupos. (dibujo 3)

Exceptuando la segunda clasificación, las demás han tenido como objetivo principal la prevención de enfermedades por déficit. A partir de cada una de ellas, se elaboraron raciones modelos para los diferentes grupos etarios y estados fisiológicos específicos.

El último diagnóstico efectuado en nuestro país revela que las prioridades de intervención en salud y nutrición son: enfermedades cardiovasculares, obesidad, cáncer, hipertensión arterial, diabetes, osteoporosis y anemia.

Una de las maneras en que el Ministerio de salud abordó dichas prioridades fue a través de la elaboración y difusión de las guías alimentarias para Chile (Agosto 1996), y de una nueva agrupación de alimentos.

- 1.- Consuma diferentes tipos de alimentos durante el día.

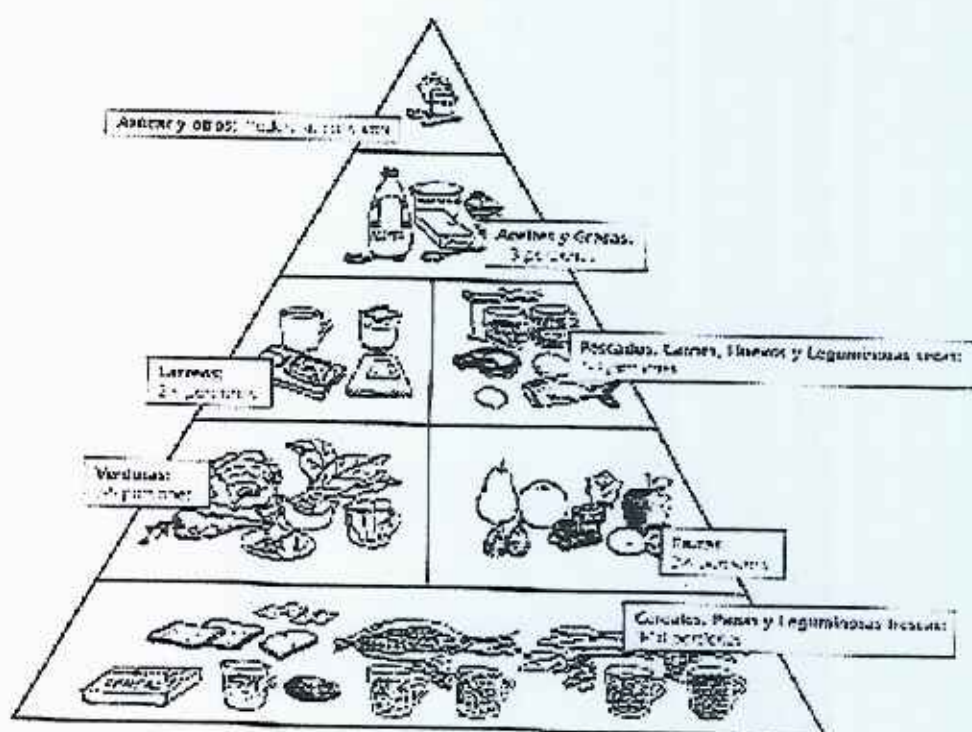
⁷⁹ <http://www.promolabs.com.ar/obesidad/quchacer.obesi1.html>

⁸⁰ <http://www.healthig.com/obesidad/obesidad4.htm#>

⁸¹ "La nueva pirámide", Lidia Villarroel, Nutricionista del Servicio de Butrición y alimentación del Hospital Clínico de la Universidad de Chile.

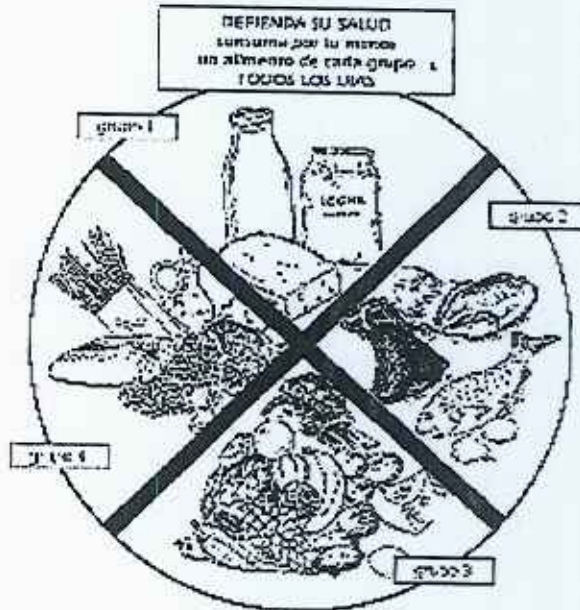
- 2.- Aumente el consumo de frutas, verduras y legumbres.
- 3.- Use de preferencia aceites vegetales y disminuya las grasas de origen animal.
- 4.- Prefiera carnes como pescados, pollo y pavo.
- 5.- Aumente el consumo de leche, de preferencia de bajo contenido graso.
- 6.- Reduzca el consumo de sal.
- 7.- Modere el consumo de azúcar.

La traducción de estas guías alimentarias dio como resultado la agrupación piramidal de alimentos vigente en el país. Este modelo se basa en la pirámide propuesta por Estados Unidos que conserva la idea Central de moderar el consumo de azúcares simples y grasas saturadas, modificando la ubicación de algunos alimentos de acuerdo con los hábitos alimentarios de los chilenos.



De esta forma los alimentos que constituyen la base de la pirámide deben ser los que se consuman en mayor cantidad y frecuencia. Ello, debido a su papel preventivo frente a las enfermedades crónicas no transmisibles. En cambio, los grupos de alimentos que están en la cúspide tienen que consumirse en menos proporción, por estar asociados a la aparición de enfermedades crónicas.

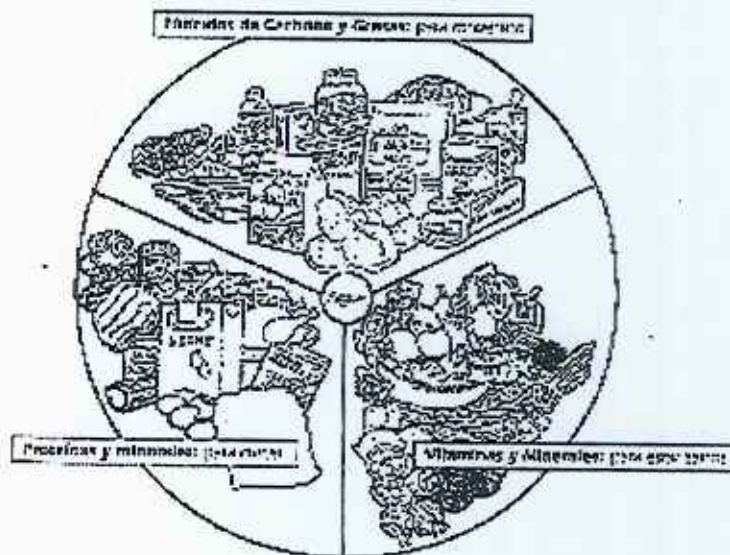
[dibujo 1]: 1ª clasificación



La nueva clasificación piramidal cumple con los siguientes objetivos:

- Traducir fácilmente las recomendaciones nutricionales en alimentos y facilitar la conformación de una dieta saludable.
- Servir de apoyo didáctico e ilustrar la mayor parte de los contenidos de las guías alimentarias.

[dibujo 3]: 3ª clasificación



- Presentar en forma clara y aplicable los conceptos de proporción, moderación y variedad.
- Abordar los problemas de nutrición y salud vinculados con el exceso y déficit de ingesta alimentaria.
- Consolidar la dieta total, no sólo alimentos básicos.
- Tratar en forma separada las frutas de las verduras con el fin de promover un mayor consumo de fibra y antioxidantes naturales.
- Dejar los azúcares a libre elección, dependiendo de la evaluación nutricional.

En Agosto del año 1999, el grupo de nutricionistas del Hospital Clínico de la Universidad de Chile, participó en un curso - taller sobre la aplicación de la pirámide. A partir de esta actividad, fueron revisadas todas las pautas de regimenes alimenticios y se realizaron las modificaciones correspondientes al nuevo esquema alimentario.

La dietoterapia propuesta tiene como objetivo inicial lograr un balance calórico negativo que contribuya a la pérdida de peso. Es necesario motivar al paciente para que se adhiera a la dieta. La motivación y la adhesión son elementos muy frágiles, por lo que el sistema debe considerar controles individuales y actividades grupales que contribuyan a perpetuarlas. Las actividades con los distintos especialistas del equipo tienen como objeto educar nutricionalmente al individuo, entregando conocimientos sobre la composición y el valor calórico y de saciedad de los alimentos. Además deben entregar las herramientas que permitan adquirir en forma progresiva un mayor control sobre la conducta alimentaria, pilar fundamental para intentar mantener a largo plazo el objetivo alcanzado. La dieta es una de las herramientas más adecuadas a utilizar para lograr los cambios que requiere el tratamiento, por lo que debe ser personalizada, respetando los objetivos, hábitos sociales, laborales, gustos, religión y estrato socioeconómico.⁸²

Se plantea que cuando se hace dieta, este hecho tiene varios efectos positivos. En el ámbito psicológico aparecen cambios positivos como; aumento de la autoestima; aceptación de la imagen corporal, incremento en el ámbito relacional aunque también puede conllevar irritabilidad; ansiedad, descenso en el ánimo cuando no se logra cumplirla.⁸³

⁸² "Manejo de la obesidad a través de un programa multidisciplinario" Dr. Carlos Grekin. Boletín Escuela de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile, N° 26, 1997.

⁸³ <http://www.promolabs.com.ar/obesidad/quetacer.obesi1.html>

3) *Medicamentos.*

Hay dos grupos de fármacos que destacan, los que disminuyen la sensación de hambre, y los que consiguen que la persona se sacie antes o tenga menos hambre. En este grupo están los inhibidores de la absorción de grasa y los agentes que aumentan el metabolismo. El tratamiento farmacológico puede ser de gran ayuda pero debe ser usado en forma racional.⁸⁴

Los laboratorios y los científicos que trabajan en nuevos fármacos contra la obesidad, sostienen que la dieta y el ejercicio son siempre importantes pero se necesitan medicamentos capaces de conseguir resultados de pérdida de peso más inmediatos. En algunos casos, el optimismo ante los resultados obtenidos ha quedado empañado por el riesgo de la ingesta de medicamentos que demostraron efectos nocivos para la salud.⁸⁵

Por otra parte, han surgido una serie de alternativas de medicamentos de origen natural, que no tienen efectos adversos ni riesgosos, además no crean dependencia.

Uno de las maneras de medicamentar es sobre la base de preparados individualizados para cada persona que los requiere.

Es importante tener en cuenta que no existen remedios para adelgazar, lo que sí existen son los que ayudan, de una u otra forma a disminuir el peso.⁸⁶

4) *Psicoterapia y técnicas psicológicas.*

La psicoterapia de apoyo al desarrollo de conductas positivas requiere de la atención de un psicólogo que estimule y refuerce las conductas positivas, de tal modo que ayude al paciente a seguir el régimen dietético y de actividad física recomendado. En esta terapia el rol de la familia es clave, ya que el psicólogo espera contar con el apoyo de los padres y del resto de la familia, logrando de esta manera, evaluar cuanto conocimiento tienen del tema nutricional y proveerla de educación.

Por otra parte, en el manejo del paciente, es fundamental el establecer y mantener alianza terapéutica, por lo que en primer lugar, la adolescente debe estar informada e interesada para participar, voluntaria y libremente.

⁸⁴ <http://www.healthig.com/obesidad/obesidad4.htm#>

⁸⁵ <http://www.healthig.com/obesidad9.html>

⁸⁶ <http://www.promolabs.com.ar/obesidad/quehacer.obesid.html>

2.3.2 Aspectos psiquiátricos.⁸⁷

Es de vital importancia evaluar y monitorizar las complicaciones psicosociales de una baja de peso marcada. Se asegura que un 30% de los obesos que llegan a tratamiento presentan impulsos bulímicos, y de estos hasta un 50% pueden presentarse con una depresión clínica con elementos estacionales, en contraste con obesos que no presentan impulsos bulímicos, que sólo presentan depresión en un 5% de los casos. Paralelamente, los pacientes que padecen episodios depresivos con carácter estacional (SAD) tienden a presentar *craving* por hidratos de carbono, hiperfagia y aumento de peso durante los inviernos de aproximadamente 4 Kg, que luego encuentran difícil bajar durante el verano. En particular, la baja de peso se encuentra más asociada con los trastornos depresivos mayores, depresiones endógenas, mientras que en las depresiones con aumento de peso se encuentra mayor asociación con los trastornos afectivos estacionales.

El tratamiento de los trastornos afectivos (depresión, ansiedad) en pacientes obesos es de fundamental importancia, pues de lo contrario el paciente no será capaz de comprometerse adecuadamente con el tratamiento, y en general tendrán mayor dificultad para bajar de peso.

En Chile, el uso de estimulantes o anorexígenos, se ha diseminado ampliamente en la población, pasando a ser una preocupación de salud pública para el Ministerio de Salud, tanto por el consumo de abusadores o dependientes de drogas (que constituyen una minoría) como por el uso extensivo debido a una prescripción inadecuada. Si a esto sumamos que muchas veces mezclan derivados anfetamínicos, con antidepresivos y benzodiazepinas (en cantidades variables según la receta), y que los efectos y resultados observados no demuestran un efecto sostenible a largo plazo, los riesgos versus los beneficios deben ser claramente evaluados por el médico tratante. Estas mismas combinaciones y un uso inadecuado pueden gatillar cuadros depresivos o incluso generar dependencia en pacientes que solicitan a diversos médicos prescripciones simultáneamente.

⁸⁷ "Obesidad: Factores psiquiátricos y psicológicos" Dr. Daniel Buschiazzo, Ps. Christian Feuchtmann, Boletín Escuela de Medicina, P. Universidad Católica de Chile 1997, N° 26.

2.3.3 Aspectos psicológicos.

*Características psicológicas de las personas obesas:*⁸⁸

Los estudios sobre los aspectos psicológicos relacionados con la obesidad han llevado a controversias en la literatura por la inconsistencia de sus hallazgos. La mayoría de estos refleja diferencias metodológicas y problemas tales como la heterogeneidad de la población estudiada. A pesar de estas discrepancias, habitualmente se menciona factores emocionales en estrecha relación con la obesidad, no existiendo acuerdo si son consecuentes al sobrepeso o si actúan como factores causales (Lopez et al. 1989; Saldaña and Rossell 1988; Wadden and Stunkard 1987)⁸⁹.

Dentro de los trastornos psicológicos propios de este grupo de personas, la distorsión de la imagen corporal se menciona como uno de los más frecuentes y específicos. Generalmente este síntoma aparece en personas que han sido obesas desde la infancia, que presentan un trastorno neurótico generalizado, y a quienes sus padres y amigos han regañado por su sobrepeso; también suele verse en mujeres jóvenes de nivel socioeconómico medio alto y alto, en quienes la obesidad es menos prevalente, y las sanciones sociales más severas. La distorsión de la imagen corporal se manifiesta por una intensa preocupación en relación a la obesidad, no hace ninguna diferencia si la persona es talentosa, saludable o inteligente; el peso es su única preocupación, todas sus percepciones se refieren a éste. Sienten que su cuerpo es grotesco y despreciable y que son vistos por los otros en forma hostil y despreciativa. (véase Wadden and Stunkard 1985, 1987)⁹⁰.

Otras características que se ha encontrado en los obesos son el pensamiento obsesivo, agresividad e irritabilidad, cierta inclinación a la extraversión y a la dependencia (por ejemplo Saldaña and Rossell 1988). La actitud negativa de la población con normopeso hacia los obesos, lleva a que éstos sean discriminados socialmente lo que en parte se traduce en pérdida de la autoestima, depresión, relaciones interpersonales pobres

⁸⁸ "Psicofisiología del sobrepeso y la obesidad en mujeres". Sanfuentes, M^a Teresa. Tesis para optar al grado de Licenciado en Psicología. Universidad Diego Portales, 1990

⁸⁹ "Factores psicológicos que influyen en la obesidad. Obesidad y perfil de personalidad. Lopez, M., Jerl, C., Hernandez, J. 1989.

⁹⁰ Citado en : "Psicofisiología del sobrepeso y la obesidad en mujeres". Sanfuentes, M^a Teresa. Tesis para optar al grado de Licenciado en Psicología. Universidad Diego Portales, 1990

que conducen a un aislamiento social. Concomitante a esto aparecen altos niveles de ansiedad. El obeso no sufre únicamente por su condición de obeso sino también por la culpabilidad que la sociedad le asigna y la discriminación que padece (Wadden and Stunkard 1985). Otros autores plantean que es el sentimiento de culpa originado por la tendencia a minimizar o negar la realidad de su ingesta es el responsable de la provocación y mantenimiento de descompensaciones psicológicas en estos sujetos.

Estudios más sistemáticos sobre el perfil de personalidad de los obesos, evaluados a través de instrumentos estandarizados (16 PF de Cattell) han llevado a Lopez y col.(Lopez et al. 1989)⁹¹ a las siguientes conclusiones : a) Los obesos tienden a ser inestables emocionalmente, autosuficientes, fácilmente culpabilizables, precavidos, introvertidos, ansiosos y dependientes. B) las mujeres obesas tienden a ser más suspicaces y artificiosas que los hombres obesos. C) El perfil de personalidad del varón obeso se acerca más que el de las mujeres al del sujeto neurótico, en comparación con otros estudios.

Otros autores han informado de rasgos "alexitímicos" en relación con la obesidad, con pensamiento concretista y circunstancial y dificultades en la expresión afectiva.

El soporte psicológico es básico en el tratamiento de la obesidad. Un tratamiento integral del paciente obeso debe facilitarle no sólo herramientas que le permitan un cambio de hábitos alimentarios y de estilo de vida sino también debe proveer de herramientas básicas para lograr un fortalecimiento interno básico, que le ayude a obtener resultados óptimos (la reducción de peso) y también algunos "bastones" que, al igual que cualquier paciente dependiente de sustancias, le otorguen seguridad y confianza para enfrentar posibles situaciones de "recaída" (ingesta excesiva de alimentos).

Un aspecto importante es considerar que en general los pacientes obesos tienden a subestimar la ingesta calórica real en comparación con las personas normales (mecanismo de minimización bastante frecuente en las adicciones) por lo que los controles deben ser más acuciosos, incluyendo los registros cotidianos de ingesta. Los criterios de éxito terapéutico deben contemplar no sólo la reducción de peso como producto final, sino como un proceso continuo con resultados en la calidad de vida menos sedentario, integrando

⁹¹ "Factores psicológicos que influyen en la obesidad. Obesidad y perfil de personalidad. Lopez, M., Jerl, C., Hernandez, J. 1989

activamente el ejercicio, una mayor aceptación de su imagen corporal y un cambio de hábitos de alimentación, junto con una conciencia de enfermedad que conduzca a una evitación de las recaídas, tan frecuentes en este proceso, pero que no significan obligatoriamente un fracaso absoluto del tratamiento.⁹²

Cada técnica se hace más efectiva con el apoyo de otras técnicas. El proceso de aprendizaje de los cambios, la modificación del comportamiento y las distintas características psicológicas que se hacen presentes justifican la incorporación de un psicólogo al equipo multidisciplinario y el enfrentamiento grupal como un instrumento para alcanzar los objetivos.⁹³

La metodología empleada puede ser muy variada, debiendo considerar la historia del paciente, el contexto familiar social y laboral en que se desenvuelven y el conocimiento de los hábitos a modificar. Es fundamental que la metodología considere que los cambios individuales que se producirán van a determinar modificaciones en la relación del paciente con su entorno, por lo que deben entregárseles herramientas de adaptación a ellas y a su nueva situación.

La terapia de la conducta representa un cambio fundamental en comparación al esquema antiguo de enfrentamiento a la obesidad, que consideraba listas de alimentos, cantidades y menús permitidos.

El psicoanálisis y la psicoterapia no han representado un gran aporte en el control de peso. En cambio, el tratamiento de la conducta alimentaria y la aplicación de técnicas cognitivas conductuales representan hoy, a pesar de sus dificultades, una de las mejores alternativas en el manejo de la obesidad leve o moderada, ya que ha demostrado su eficacia a corto y mediano plazo (1 a 2 años).⁹⁴

Las técnicas cognitivas en el contexto de la obesidad fueron utilizadas por primera vez por Mahoney y Mahoney (1976)⁹⁵. Mediante la reestructuración cognitiva se trataba de

⁹² "Obesidad: Factores psiquiátricos y psicológicos" Dr. Daniel Buschiazzo, Ps. Christian Feuchtmann. Boletín Escuela de Medicina, P. Universidad Católica de Chile 1997, N° 26.

⁹³ "Los grupos deben ser homogéneos en cuanto a edad y tipo de obesidad, constituyendo los obesos mórbidos en un grupo aparte." "Manejo de la obesidad a través de un programa multidisciplinario" Dr. Carlos Grekin. Boletín Escuela de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile, N° 26, 1997.

⁹⁴ "Manejo de la obesidad a través de un programa multidisciplinario" Dr. Carlos Grekin. Boletín Escuela de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile, N° 26, 1997.

⁹⁵ Citado en : "Psicofisiología del sobrepeso y la obesidad en mujeres". Sanfuentes, M^o Teresa. Tesis para optar al grado de Licenciado en Psicología. Universidad Diego Portales, 1990)

evaluar y modificar auto-frases negativas que pudiesen hacer que la persona cayese en 'tentaciones' y finalmente abandonara el tratamiento. Posteriormente se han aplicado estrategias cognitivas en otras ocasiones con resultados prometedores. No obstante es necesario que la investigación futura aporte mayor evidencia de la efectividad de estas técnicas.⁹⁶

En resumen, el tratamiento debe ser personalizado, aunque sea efectuado grupalmente. Debe respetar los objetivos generales propuestos, con flexibilización que cada caso demande. Sus acciones y contenidos deben ser accesibles a todos los pacientes, a fin de facilitar su incorporación, comprensión y adhesión.

Quienes manejen terapéuticamente la obesidad, deben hacerlo dentro de un marco ético, adecuándose a las reales necesidades individuales, ofreciendo un tratamiento controlado, seguro, efectivo y realista.⁹⁷

Un programa eficiente debe incluir múltiples estrategias, ser flexible y contener tareas para la casa, específicas y bien definidas, diversas estrategias de modificación conductual han sido utilizadas en niños y adolescentes.

2.3.4 Técnicas.

Entre las técnicas utilizadas se destacan las siguientes:⁹⁸ En el presente programa sólo se utilizarán algunas que serán descritas más adelante.

- ◆ **Instrucción dietética:** Se ha entregado en diversas formas. Un programa interesante es el de Epstein, llamado la Dieta Semáforo, que divide los alimentos en cinco grupos, según su valor calórico y les asigna tres colores: rojo (no debe ser ingerido), amarillo (con moderación), y verde (comer libremente). Los niños y los padres son entrenados para diseñar listas de 1000 a 1200 calorías en un juego de tránsito en que los niños reciben estampillas que intercambian por premios. En adolescentes, muchos programas

⁹⁶ "Evaluación y tratamiento de la obesidad". Vera, Ma. Nieves; Fernández, Ma Carmen; Perez, Ma Nieves. "Psicología de la Salud" Dr. Jorge Luzoro. Ed. Bravo y Allende Editores. 1999.

⁹⁷ "Manejo de la obesidad a través de un programa multidisciplinario" Dr. Carlos Grekin. Boletín Escuela de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile. N° 26, 1997.

⁹⁸ "Obesidad: consideraciones generales", Dr Ronald Youlton. Revista Chilena de Pediatría N°60, 1989.

utilizan discusiones en grupo, con un líder grupal, acerca de la nutrición. Estas técnicas han mostrado ser efectivas a corto plazo, usadas aisladamente.

- ◆ **Automonitoría o monitoría:** efectuada por los padres o la persona que conviva con el paciente, de la comida ingerida y el ejercicio: este ejercicio lleva al niño a darse cuenta de conductas que previamente no notaba, como el "picoteo" a deshoras. Permite al paciente y al médico evaluar su conducta. En algunos casos, utilizado como procedimiento único, ha producido bajas importantes de peso en el adulto. En adolescentes se agrega monitoría de pensamientos y sentimientos acerca del comer y el ejercicio.
- ◆ **Control de estímulos:** se refiere a eventos que preceden a la conducta de comer. Una causa frecuente de falta de autocontrol en la persona obesa puede ser la gran variedad de circunstancias en que el comer ocurre. La disposición a comer puede reducirse estrechando el rango de estímulos que son ocasión para comer, y romper el condicionamiento, logrando que la situación ocurra, sin ser seguida por comida, en forma repetida. Se restringe la comida a ocasiones limitadas y estrechamente circunscritas. El lugar de comer debe ser retirado de las actividades rutinarias. No debe ocurrir la comida junto con cualquier otra actividad, como leer o ver televisión. La meta es de tres comidas completas al día solamente.
- ◆ **Encadenamiento:** Se pueden alargar las conductas previas de la cadena a comidas que requieran preparación y traslado, comprarlas diariamente, guardarlas en lugares en los cuales no se entra frecuentemente, no andar con sencillo, no guardar comida hipercalórica.
- ◆ **Lentificar la comida:** Poner los cubiertos sobre la mesa entre uno y otro bocado, mascar y tragar completamente antes de tomar la otra porción, etc. Se interrumpe la cadena de conductas de comer, permite el tiempo para la absorción de los nutrientes y producción de señales de saciedad. A pesar que el modelo teórico del obeso comiendo bajo estímulos externos versus el flaco bajo estímulos internos no ha sido demostrado, las técnicas basadas en el control de estímulos han probado ser uno de los componentes más efectivos de los programas de modificación conductual, consiguiendo la reducción de peso importante, que se mantiene al año de evolución.

- ◆ **Ejercicios:** Tanto la práctica de deporte organizado contribuyen a lograr una pérdida de peso y mantenerla.
- ◆ **Entrenamiento en relajación:** se pueden aplicar técnicas para controlar la ansiedad, rabia o sentimientos depresivos que, a su vez, están relacionadas con comer.
- ◆ **Reestructuración cognitiva:** Los pensamientos y monólogos privados ejercen un rol crítico en mantener y controlar la obesidad. Modificarlos es muy importante para evitar recaídas. Cómo interpreta un adolescente las violaciones al régimen es más gravitante que la transgresión misma. La típica reacción negativa es atribuirle a su propia incapacidad para regular el peso y descontar sus éxitos previos, produciéndose un sentimiento de desamparo. Otro ejemplo es la racionalización: "ya fallé. Mejor seguiré comiendo el resto del día y mañana recupero". Para resistir estas cogniciones negativas ante los retrocesos es necesario inducir expectativas de autoeficacia (Bandura). Se usan estrategias de anticipar posibles transgresiones, saber negociarlas, mediante imaginaria y dramatizaciones, autoinstrucciones, autoafirmaciones, autoevaluaciones, definición de las situaciones, etc. Las técnicas cognitivas pueden contrarrestar el tiempo que transcurre entre el comer y las consecuencias aversivas últimas. El sujeto aprende un repertorio verbal para decirse a sí mismo sobre las consecuencias y evocarlas en el momento que esté en una situación que le provoque una gran inclinación a comer.
- ◆ **Intervención familiar:** Varios estudios demuestran que los resultados son mejores si participan los padres. En los adolescentes no es necesaria la presencia física de los padres en las sesiones, pero sí apoyo al tratamiento. En el presente estudio, se les deja la libertad a las jóvenes de elegir si la terapeuta conversar con los padres.
- ◆ **Ambiente social:** Se están evaluando estudios en que tanto los padres como los profesores son entrenados en manejo conductual, junto con aplicar un programa de control de la obesidad en niños.

Hasta ahora, hemos hecho una revisión de los principales factores asociados a la obesidad. Además de las técnicas que son utilizadas en el marco conductual, existen otras que pueden aportar a otras dimensiones de lo que es la obesidad, ya que como esta enfermedad es multifactorial, se utiliza en la presente investigación un enfoque

multidimensional. Más adelante, se presentan las técnicas y estrategias de enfrentamiento, consideradas en el diseño del programa de apoyo psicológico.

3.- LOS TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN.⁹⁹

Se considera importante mencionar los trastornos de la Alimentación descritos por los manuales de psicopatología actualmente más usados, a saber, el DSM IV y el CIE-10, ya que se necesita saber si las adolescentes, que son el objetivo de este trabajo, sufren estos trastornos y si se beneficiarán con los objetivos planteados en este estudio, además, es importante darse cuenta cuando una adolescente con sobrepeso que, debido a un tratamiento, está en proceso de baja de peso, y su baja está siendo por un adecuado manejo nutricional, o se debe a conductas de riesgo como las expresadas más abajo.

Los Trastornos Alimentarios se cuentan entre las patologías psiquiátricas de mayor severidad y más complejo tratamiento. En los últimos años, la incidencia y prevalencia, tanto en el caso de la Anorexia Nerviosa como de la Bulimia Nerviosa, han aumentado dramáticamente tanto en el mundo como en Chile.

Asimismo, los estudios muestran altos índices de morbi-mortalidad para este grupo de pacientes, en su mayoría mujeres jóvenes. Esto ha despertado un creciente interés por el estudio de estas enfermedades en un intento por comprender mejor su etiopatogenia y por encontrar tratamientos efectivos.

Con el advenimiento de la serie de manuales diagnósticos DSM de la American Psychiatric Association, en especial del DSM IV, se ha logrado unificar criterios permitiendo la realización de los diagnósticos más claros y precisos. En el DSM-IV, "las características esenciales de la Anorexia Nerviosa consisten en el rechazo a mantener un peso corporal mínimo normal, en un miedo intenso a ganar peso y en una alteración significativa de la percepción de la forma o el tamaño del cuerpo, el peso de la persona es inferior al 85% del peso considerado normal para su edad y su talla, la pérdida de peso se consigue mediante una disminución de la ingesta total. A pesar de que los individuos empiezan por excluir de su dieta todos los alimentos con alto contenido calórico, la mayoría

⁹⁹ " Simposium internacional Trastornos Alimentarios". Dr. Alfredo Nudman, Dra. Elena Urzúa, Dr. Joel Yager. 25 de Mayo del 2000.

de ellos acaban con una dieta muy restringida, limitada a unos pocos alimentos".¹⁰⁰ Los criterios de investigación difieren en el CIE-10, éste requiere específicamente que la pérdida de peso resulte autoinducida mediante la evitación de comidas grasas y excluye el diagnóstico de anorexia nerviosa si se han dado atracones de forma regular. En tanto la Bulimia nerviosa "tiene como características esenciales los atracones y métodos compensatorios inapropiados para evitar la ganancia de peso. Además, la autoevaluación de los individuos con esta enfermedad se encuentra excesivamente influida por la silueta y el peso corporales. Se define *atracción* como el consumo a lo largo de un corto periodo de tiempo de una cantidad de comida muy superior a la que la mayoría de los individuos comerían". En el Trastorno de la conducta alimentaria no especificado se encuentran: los cuadros subsindromáticos; las conductas purgativas repetitivas con peso normal; el trastorno del comer compulsivo; trastorno de rumiación del adulto.

Los distintos estudios originados en EEUU y Europa, arrojan una prevalencia de entre un 0.5 y un 1% para la Anorexia Nerviosa y de entre un 1 y 5% para la Bulimia Nerviosa. La relación Masculino-Femenino es 1: 10. En Chile no existen estudios estadísticos recientes y acabados que nos permitan tener una idea clara de la realidad en nuestro país. Sin embargo, la experiencia clínica pareciera indicar un rápido y marcado aumento en el número de casos consultantes en el último tiempo. Esto apunta a un posible aumento en la incidencia de estas enfermedades, especialmente en la población de riesgo constituida por mujeres en edad adolescentes.

Dentro de los Factores Psicológicos se han postulado ciertos tipos de personalidad obsesivas, rígido, introvertido, de evitación de riesgo, restricción de la expresión emocional, hiperconformidad a la autoridad y baja autoestima.

Las familias de pacientes anoréxicas se caracterizan en muchos casos, por una situación de triangulación y de una madre sobreinvolucrada, mensajes contradictorios y un marcado control que sofoca el proceso de separación. Las familias de las pacientes bulímicas se caracterizarían por la presencia de un alto nivel de hostilidad, caos, aislamiento y déficit en la empatía y contacto emocional.

En cuanto al tratamiento, lo primero que se decide es si se necesita hospitalización, psicofármacos y/o tratamiento psicoterapéutico, como la Terapia cognitivo conductual;

¹⁰⁰ DSM-IV, Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Ed. Masson.

Individual vs. Grupo; Terapia familiar y/o de Pareja; Terapia Analítica; terapia Autoguiada. Además, otro elemento de gran importancia es la Rehabilitación Nutricional.

4.- ADOLESCENCIA:

Introducción.

La edad juvenil, constituye una de las etapas críticas dentro del ciclo de vida del ser humano.

En este período de vida, en el cual el individuo define su identidad, está constituido por tres etapas: Prepubertad; Pubertad y Adolescencia. Esta última, es una de las más importantes en el desarrollo de relaciones significativas, pues es en este momento, cuando los individuos comienzan a ser responsables de sus interacciones¹⁰¹ y de tomar sus decisiones.

La mayoría de los adolescentes están más conscientes acerca de su apariencia física que de cualquier otro aspecto y muchos no están satisfechos con su imagen frente al espejo (Siegel, 1982)¹⁰². La apariencia de los adolescentes es importante para su vida social, lo que, a su turno, es importante para su autoestima. Es triste, pero el verdadero hecho es que la apariencia afecta a cómo nos ven los demás, se cree que la gente atractiva físicamente, tiene una personalidad más atractiva, vemos así que el aspecto físico del adolescente ejerce una mayor influencia en el bienestar psicológico, a este respecto, cabe considerar la importancia de una baja de peso en las adolescentes obesas.

Por otra parte, esta etapa se caracteriza por la consolidación de la maduración biológica y psicosocial. Erickson, 1968¹⁰³, plantea que la principal característica de esta fase es la búsqueda de la identidad tanto consigo mismo como con los demás miembros de su cultura. Este autor ha distinguido una identidad social y una identidad personal. La

¹⁰¹ Evaluación de la efectividad de un programa de entrenamiento asertivo grupal, para adolescentes que incluye técnicas cognitivo-conductuales más técnicas de darse cuenta y conocimiento de los aportes de autoconocimiento corporal al incorporarlo a este programa. Tesis para optar al título de psicólogo. Bernardita Gonzáles; Marcela Richard; Loreto Silva, 1988.

¹⁰² Psicología del desarrollo, de la infancia a la adolescencia. Diane Papalia; Sally Wenkos. 1995. 5ª edición. Ed. McGraw-Hill/ Interamericana s.a.

¹⁰³ Evaluación de la efectividad de un programa de entrenamiento asertivo grupal, para adolescentes que incluye técnicas cognitivo-conductuales más técnicas de darse cuenta y conocimiento de los aportes de autoconocimiento corporal al incorporarlo a este programa. Tesis para optar al título de psicólogo. Bernardita Gonzáles; Marcela Richard; Loreto Silva, 1988.

primera se refiere a la configuración que surge de la percepción de sí mismo y de las percepciones de los otros con respecto de su posición en el espacio social. La segunda está referida a la estructura psicológica del sujeto, que consiste en la imagen que tiene de sí, de sus valores, de sus pensamientos y sentimientos, lo cual no es directamente observable y requiere de un gran conocimiento de parte del joven antes de poder establecerlo. Por esto, se presenta una necesidad de conocimiento de sus capacidades internas, con el fin de ocupar el lugar que les corresponde en la vida.¹⁰⁴

De acuerdo con Erickson, la tarea principal del adolescente es resolver el conflicto de *identidad versus confusión de identidad*- para ser un adulto único con un papel importante en la vida-. Para formar una identidad, el yo organiza las habilidades, las necesidades y los deseos de la persona y ayuda a adaptarlos a las demandas de la sociedad. Los adolescentes necesitan encontrar las maneras de usar estas habilidades. Erickson dice que cierta cantidad de confusión de identidad es normal, sin embargo, y explica la naturaleza caótica de la conducta de muchos adolescentes, como también su penosa timidez por su apariencia, y esto es porque dentro de la configuración de la identidad, la vivencia del "yo corporal", se constituiría en un aspecto esencial de la conciencia del sí mismo, pues representa, según Alamos (1981)¹⁰⁵, el testimonio básico de la experiencia y demuestra quién es.

Este sentido, se iría conformando a partir de repetidas sensaciones físicas y a través del contacto con el medio externo. En este contexto, cualquier cambio en lo corporal requeriría necesariamente una adecuación de la conciencia de sí mismo a estas nuevas características.

La "virtud" fundamental que surge de esta crisis de identidad es *la virtud de fidelidad*, que implica un sentido de pertenencia a un ser amado, a amigos, compañeros, también implica identificarse con un conjunto de valores, la autoidentificación emerge porque el individuo ha seleccionado a las personas y valores que considera justos antes que aceptar a los de sus padres.

¹⁰⁴ La personalidad del adolescente, Joyce del Campo, 1990. Ed. Andrés Bello.

¹⁰⁵ Evaluación de la efectividad de un programa de entrenamiento asertivo grupal, para adolescentes que incluye técnicas cognitivo-conductuales más técnicas de darse cuenta y conocimiento de los aportes de autoconocimiento corporal al incorporarlo a este programa. Tesis para optar al título de psicólogo. Bernardita Gonzáles; Marcela Richard; Loreto Silva, 1988.

El logro de la identidad implicaría el logro de una definición personal frente a la vida y una integración del yo frente a las exigencias y posibilidades sociales.

4.1.- Aspectos biológicos.

Esta etapa, se caracterizaría por el decisivo aumento del diámetro de los músculos y huesos, lo cual se acompañaría de un incremento en la fuerza muscular y resistencia física. Estos cambios serían paralelos al crecimiento en altura.

En ambos sexos, el crecimiento somático implica una consecución de la talla y el peso de la edad adulta. Un adolescente puede desarrollarse pronto y otro tarde, pero en ambos la talla definitiva puede ser similar.

Además se completaría la diferenciación sexual, en general, la maduración sexual se produce siguiendo una escala establecida en los dos sexos.

4.2.- Aspectos psicológicos.

Esta etapa se caracterizaría por la integración del mundo externo con el interno, poniéndose en juego todos los recursos que se han ido adquiriendo en la vida.

4.2.1 Aspectos cognitivos.

La explicación dominante de la naturaleza de los cambios en el modo de pensar es la Piaget, los adolescentes entran al más alto nivel de desarrollo cognoscitivo al que llamó **operaciones formales**.

Lo que hace que los adolescentes piensen en un nivel más alto que los niños es el concepto de "¿qué pasaría si...?", los adolescentes pueden pensar en términos de lo que 'podría' ser verdad, en lugar de lo que 'ven' como verdad. Puesto que pueden imaginar posibilidades, son capaces de razonar en forma hipotética y ver infinitas posibilidades.

Este avance les abre muchas puertas. Capacita a los adolescentes para el análisis, construir sus propias teorías, para reconocer que en algunas situaciones no hay respuesta y la capacidad de abstraer consecuencias emocionales.

Todo esto, gracias a que, como postula Piaget, hay cambios internos y externos en los adolescentes, el cerebro ha madurado, y el ambiente social se ha ampliado, dando más oportunidades para la experimentación.

Egocentrismo:

Los jóvenes tienen una capacidad nueva para ver el mundo ideal. Se dan cuenta que la gente a la que veneraban se cayó de su pedestal, también quieren practicar su nueva capacidad para ver los más leves matices de un hecho y con frecuencia discuten, por otra parte, los adolescentes pueden ponerse ellos mismos en la mente de otra persona, pueden pensar acerca de los pensamientos de la otra persona, puesto que ellos tienen problema en distinguir lo que es interesante para ellos de lo que es interesante para otras personas, sin embargo, suponen que cualquiera está pensando lo que ellos están pensando.

Un aspecto importante del egocentrismo adolescente es lo que se llama *mito personal* que es el término que se refiere a la convicción de que somos especiales, que nuestra experiencia es única y que no estamos sujetos a reglas naturales que gobiernan al resto del mundo.

Mientras más hable el adolescente de sus propias teorías personales y que las escuche de otra gente, más pronto llegará la madurez de pensamiento, estarán mejor equipados para pensar acerca de sus propias identidades, para entablar relaciones adultas y para determinar cómo y cuándo encajan en la sociedad.

4.2.2 Aspecto moral.

Kolberg (1955)¹⁰⁶, basándose en los postulados de Piaget, describe el desarrollo moral como un proceso de crecimiento gradual y continuo por lo cual el sujeto progresa a través de una secuencia de estadios en complejidad ascendente. Según este autor, el adolescente debería alcanzar el nivel Post-Convencional autónomo. Este nivel se caracterizaría por la definición de los valores y principios morales que tendrían validez y aplicación independiente de los grupos o personas que los sostienen. Es decir, surge una clara conciencia de la relatividad de los valores y opiniones personales, los cuales han sido críticamente evaluados.

El adolescente, gracias al desarrollo del pensamiento abstracto, alcanzaría un sistema de valores definidos respecto de la política, moral religión y la conducta en

¹⁰⁶ Citado en: Psicología del desarrollo, de la infancia a la adolescencia. Diane Papalia; Sally Wenkos. 1995. 5ª edición. Ed. McGraw-Hill/ Interamericana s.a.

general, desarrollando así una filosofía de vida alrededor de la cual se organizarían sus intereses, actitudes y metas.

4.2.3 Aspecto social y grupo de pares.

Esta etapa se caracterizaría porque el ambiente al que se ve inmerso el joven, influye de manera importante en éste.

Margaret Mead¹⁰⁷, señaló la importancia de los factores culturales en el desarrollo del adolescente. Concluyó que cuando una cultura da una transición, serena y gradual de la niñez a la vida adulta, no hay tormenta ni estrés, sino una aceptación fácil del papel de adulto.

Por otra parte, las relaciones con los padres, con el grupo de pares, es distinta, hay más conflictos con la autoridad y más aceptación por las costumbres y valores del grupo de pares, por lo que hay un cambio de dependencia de los padres al grupo de pares. Las amistades tienden a ser más cercanas e intensas en la adolescencia que en ninguna otra época de la vida. Una explicación de esto se apoya en el desarrollo cognoscitivo. Muchos adolescentes son más capaces de expresar sus pensamientos y sentimientos y compartirlos con sus amigos; también son más capaces de considerar el punto de vista del otro y así pueden comprender mejor los pensamientos y sentimientos de sus amigos.

Además, la intimidad y la confianza en las amistades más allegadas llenan el espacio vacío creado por la separación de sus padres. Compartir confidencias es una parte vital de la amistad en la adolescencia especialmente entre las mujeres. Los jóvenes tienden a encontrar amigos parecidos; entonces, ellos y sus amigos influyen el uno en el otro para llegar a ser más parecidos, esto es probablemente, porque los adolescentes están luchando por distinguirse ellos mismos de sus padres y, como resultado, necesitan del apoyo de la gente que es como ellos, por lo que el grupo de pares le brindaría al joven varias posibilidades:

- Satisfacer su necesidad de pertenencia, reciprocidad, ayuda, interés y orientación.

¹⁰⁷ Citado en: *Psicología del desarrollo, de la infancia a la adolescencia*. Diane Papalia; Sally Wenkos. 1995. 5ª edición. Ed. McGraw-Hill/ Interamericana s.a.

- Confrontar sus intereses, ideales, valores, y acciones con el resto de sus compañeros, permitiéndole una readecuación de su comportamiento.
- Ensayar diferentes roles que deberá luego desempeñar en la sociedad como adulto, pudiendo darse cuenta en qué medida se ajustan o no a sus propias capacidades. Al mismo tiempo, aprender las normas que rigen las relaciones interpersonales y la responsabilidad que le cabe al asumirlas.
- Desarrollar el aspecto psicosexual, referido tanto al logro de la identidad sexual como también a la identidad del rol sexual.
- Es también importante, la integración y la expresión de los sentimientos de amor y del sexo.

4.4 Obesidad y adolescencia.

La obesidad es una de las razones que con mayor frecuencia llevan a los adolescentes a la consulta del médico¹⁰⁸, ya que como se dijo anteriormente, la imagen física para los adolescentes influye de manera importante en su bienestar psicológico.

Sabemos que la adolescencia es una etapa de muchos cambios, tanto físicos como psicológicos y fisiológicos. El incremento de crecimiento físico resulta en una mayor demanda de nutrientes. El adolescente está creciendo y madurando como nunca antes. El conseguir suficientes nutrientes para el rápido crecimiento de sus cuerpos es importante, pero existen problemas de nutrición que pueden llevar los jóvenes a ser obesos, ya que es característico que los jóvenes se salten comidas, que coman entre comidas, meriendas y comidas "rápidas". Los adolescentes indican que los factores que más influyen en sus hábitos en cuanto a comer son la falta de tiempo, la facilidad y preferencia por la comida "chatarra", control de peso y la falta de consecuencias negativas inmediatas relacionadas con malos patrones alimentarios.¹⁰⁹

La obesidad tiene una prevalencia importante en los jóvenes. Los adolescentes obesos, tienden a serlo en la edad adulta, sujetos a los riesgos asociados que ya tratamos, el hecho que la obesidad en los adolescentes vaya en aumento es un asunto de seria preocupación. A los adolescentes obesos- se les considera "faltos de voluntad". En la

¹⁰⁸ <http://www.msd.es/publicaciones/mmcrck/him>

¹⁰⁹ <http://www.alter.org.pe/xclan/nutcli.htm>

mayoría de los casos, esto probablemente es una simplificación exagerada, ya que como vimos anteriormente, hay varios factores de riesgo involucrados.

Cabe señalar que en la evaluación nutricional del adolescente es necesario considerar el desarrollo biológico del joven, debido a la gran variabilidad individual en la edad de aparición, velocidad y magnitud de los cambios de peso, la talla y la composición corporal, los que no están relacionados directamente con la edad sino más bien con el desarrollo.

Un adolescente desea independizarse de sus padres y adquirir habilidades sociales para hacerse parte de una familia más amplia que involucra amistades y comunidad. El deseo de ser exitoso y aceptado crea una gran presión en el adolescente.

Para la joven, el tema de la apariencia física relacionado con la aceptación del sexo opuesto, se ha hecho relevante, los mensajes comunicacionales muestran un prototipo de mujer, que requiere casi la perfección corporal, por esto es posible ver, con mucha mayor frecuencia, las consultas a especialistas por parte de las mujeres que de los hombres, y además se ve mayor frecuencia en enfermedades de trastornos alimentarios (bulimia y anorexia), por parte de éstas, aunque los especialistas señalan que esta tendencia ha ido cambiando ya que un porcentaje importante de hombres, también están presentando estos trastornos.¹¹⁰

Un estudio¹¹¹ observó que las adolescentes que recurren a métodos drásticos para perder peso, corren más riesgo de ser obesas en el futuro. Este reciente estudio, elaborado por investigadores de las Universidades de Texas y de Palo Alto, y publicado en el *Journal of Consulting and Clinical Psychology* halló otra posible consecuencia negativa, a largo plazo, de las dietas descontroladas y de otras estrategias utilizadas habitualmente por las jóvenes a perder peso.

Al parecer, todos estos esfuerzos por adelgazar pueden producir, con el tiempo, el efecto contrario al que se desea: la obesidad. En el trabajo presentado participaron 692 estudiantes entre 13 y 17 años. Todas respondieron a exhaustivos cuestionarios durante tres años. Las preguntas hacían referencias a las medidas dietéticas que las jóvenes creían más efectivas para mantener el peso. Además respondieron acerca de sus hábitos nutricionales, si hacían ejercicios, si evitaban algunas comidas, si alguna vez se habían provocado vómito

¹¹⁰ <http://www.saludpublica.com/index.html>

o tomaban laxantes, vomitivos o supresores del apetito. Como conclusión general de los investigadores, se postula que las jóvenes debieran recibir más educación dietética para que, si deciden adelgazar, lo hagan en forma eficaz y segura

Los adolescentes obesos suelen desarrollar una mala autoimagen y se desinteresan por las actividades físicas, son más sedentarios y, posiblemente, retraídos. Un programa de apoyo psicológico serviría de mucho para el tratamiento de este aspecto, ya que estos puntos son importantes a tratar en una psicoterapia y ayudaría a la adolescente a tener esperanza de poder superar la obesidad y podría darse cuenta de aquellos factores que gatillan la conducta de comer para poder controlarlos.

Se plantea asimismo, que es necesario estimular el cambio de los hábitos dietéticos, manteniendo un apoyo psicológico continuado.¹¹²

5.- PSICOTERAPIA DE GRUPO.

- Introducción.

El estudio de la conducta humana es el estudio de las relaciones interpersonales por lo que la psicoterapia de grupo se convierte en un microcosmo social, en una representación en miniatura del universo social de cada paciente y donde la aplicación de técnicas psicoterapéuticas es utilizada a un grupo de pacientes.

A diferencia de la terapia grupal, aquí se agrega la dimensión **paciente-paciente**, Moreno¹¹³ destaca que fuera del individuo existe una zona importante y aún poco explorada, llamada "área inter-individual", la cual se conformará en diversas modalidades, de acuerdo con los impulsos sociales que reciba y que, por tanto, desborda los límites de lo individual. Según Moreno, los conceptos individuales tales como instintos, reflejos, síndromes mentales, etc. nacidos a la luz de las investigaciones sobre los organismos individuales tienen poca fuerza representativa en la citada área "inter-individual", o sea, en la zona de las inter-relaciones personales. El potencial terapéutico radica en el grupo

¹¹¹ <http://www.healthig.com/obesidad/obesidad15.html>

¹¹² <http://www.msd.es/publicaciones/mmerek/htm>

¹¹³ "Psicoterapia de grupo y Psicodrama". Juan A. Portuondo. Biblioteca Nueva, 1972.

mismo, la aplicación de técnicas específicas y las intervenciones del terapeuta¹¹⁴ y donde se buscan alternativas para solucionar problemas emocionales mediante recursos psicoterapéuticos. Los miembros del grupo, a través de la validación consensual y de la observación de sí mismos, llegan a advertir los aspectos significativos de su conducta.¹¹⁵

La psicoterapia de grupo proporciona una oportunidad para que un adolescente explore, descubra, aprenda y se comunique con otros en un ambiente terapéutico, seguro y estimulante. Además brinda oportunidades únicas para el desarrollo de habilidades interpersonales adecuadas a su edad que son necesarias para resolver conflictos y frustraciones.¹¹⁶ Por otra parte, la aceptación mutua de los miembros del grupo es muy importante ya que no sólo la propia aceptación depende básicamente de que nos acepten los demás, sino que la aceptación que les brindan los otros, sólo es totalmente posible después de que el individuo pueda aceptarse. Este punto adquiere relevancia en la adolescencia donde la importancia otorgada al grupo de pares, está sobre los otros ámbitos de la vida de joven ya que es un hecho que los adolescentes pasan más tiempo en sus grupos que en cualquier otro contexto, el grupo de pares juega un papel crucial en la promoción de la autoestima y maduración social y moral y sobretodo, en la emancipación de la familia.¹¹⁷

Hacia la mitad del siglo pasado H.J. Eysenck (1952)¹¹⁸ desafió a la psicoterapia a demostrar su eficacia, afirmando que en el tratamiento de los trastornos neuróticos esta no era superior a la remisión espontánea. El desafío lanzado por Eysenck se convirtió en un potente estímulo para la investigación sobre los efectos de la psicoterapia. Tanto las instituciones públicas como las privadas, que financian los costes de los tratamientos psicológicos en los EE.UU., asignaron fondos para la investigación psicoterapéutica diferencial. Después de dos décadas de investigaciones y agrias polémicas, a principios de los años ochenta se llegó a un consenso entre los investigadores en el sentido de que la psicoterapia, entendida en términos genéricos, había probado empíricamente ser mas eficaz que la ausencia de tratamiento.

¹¹⁴ "Guía breve de psicoterapia de grupo", Sophia Venogradov; Irvin Galom, Editorial Piados, 1996.

¹¹⁵ "Teoría y práctica de la psicoterapia de grupo", Irvin Yalom, Fondo de cultura económica, 1986.

¹¹⁶ "Creación de la experiencia de psicoterapia de grupo para adolescentes", Albert E. Riester, dD.

¹¹⁷ "Group Psychoterapy of Adolescents", Chapter 6.

¹¹⁸ "Guía breve de psicoterapia de grupo", Sophia Venogradov; Irvin Galom, Editorial Piados, 1996.

El consenso establecido se basa en que la psicoterapia, en sentido genérico, es superior al no tratamiento. Sin embargo, el interés de la investigación recae, en realidad, en la posibilidad de determinar empíricamente qué forma de tratamiento es la más eficaz. Pero a pesar de la cantidad de financiación que este campo ha recibido, no ha sido posible declarar un «vencedor». El dato recurrente es que los resultados de distintas terapias son equivalentes. Luborsky *et al.* (1975)¹¹⁹ han recogido la cita de *Alicia en el país de las maravillas* que utilizó Frank (1961)¹²⁰ para resumir esta situación diciendo «todos han ganado y todos van a recibir un premio». ¿Quiere esto decir que, a pesar de su manifiesta variedad, todos los enfoques terapéuticos son equivalentes?

Ésta es una cuestión muy importante para el desarrollo de la psicoterapia. Por una parte las metáforas pueden ser muy útiles y, como ésta, pueden convertirse en lugares comunes pero también pueden ser equivocadas. Dodó, el pájaro del cuento de Alicia, sostiene que todos han ganado la carrera porque (a) cada uno tenía diferentes líneas de partida, b) cada uno tenía su propia trayectoria y (c) cada uno tenía su propia línea de llegada. Y, a juzgar por la proliferación de la anarquía que parece dominar el campo de la psicoterapia actual, la metáfora resulta ilustrativa.

Por otro lado, junto a los tradicionales estudios sobre la eficacia, parece imponerse la idea de que es necesario lograr una comprensión más profunda de los mecanismos de cambio.

Finalmente, hay que destacar como resultado no previsto de esta situación el desarrollo del movimiento integrador. Este movimiento articulado en torno al SEPI (*Society for exploration of Psychotherapy Integration*), constituye un marco de diálogo y estudio que refleja de forma característica el hecho de que fomenta un clima de respeto y diálogo, y promueve nuevas líneas de investigación. La aparición de este nuevo marco permite acceder a un nivel de elaboración teórica y empírica que va más allá de la investigación intra-escuela que ha canalizado el desarrollo de la psicoterapia durante décadas.

Y desde aquí justamente, se sitúa la presente investigación, la pregunta que nos surge es si esta forma de psicoterapia, es decir, todo el conjunto de procedimientos

¹¹⁹ "Guía breve de psicoterapia de grupo", Sophia Venogradov; Irvin Galom. Editorial Piados, 1996.

¹²⁰ "Guía breve de psicoterapia de grupo", Sophia Venogradov; Irvin Galom. Editorial Piados, 1996.

psicoterapéuticos que hemos descrito, es efectivo para ésta clase de niñas, con estas características y en esta situación.

En el presente estudio se trabajó desde la perspectiva del aquí y ahora, donde se recalca la importancia de aplicar esta perspectiva con el objeto de "despertar" a la persona., dándoles a las jóvenes los instrumentos para que, en breves lapsos puedan darse cuenta de aspectos inadvertidos en sí mismas, de "huecos" en su personalidad que tuvieran que ver sobretodo con su físico, con su obesidad.¹²¹ Como hizo Perls¹²²: que logró trabajando con los pacientes en el aquí y ahora, sacarlos del pensamiento causalista, impedirles que siguieran preguntándose el "por qué" sin siquiera saber lo que les ocurría. Por otra parte, se tomó como objetivo (aparte de otros), lograr en las jóvenes un proceso de darse cuenta ya que como también señala Perls (1975) "sin el darse cuenta no hay nada, ni siquiera el conocimiento de la nada", el darse cuenta es lo esencial, ya que nos lleva al saber orgánico, el saber sobre si, el hombre ha descubierto el pilar más sólido que lo sostiene como a tal que es la naturaleza del organismo y la capacidad de o posibilidad del hombre de darse cuenta de su "darsecuentidad" por así decir.

Yalom,¹²³ sugiere que el terapeuta piense en términos del aquí y ahora, cuando hace esto, dirige al grupo espontáneamente hacia esto, de esta manera los integrantes del grupo pueden reconocer la manera en que sus conductas asociales y desadaptativas los han hecho esclavos de figuras de autoridad y el tema que ahora nos ocupa, la obesidad y han obstruido el proceso de individuación y adaptación a la sociedad. Este problema puede ser compartido dentro del grupo, así el adolescente reconoce que las personas tienen problemas similares, temores y sueños acerca del futuro.

Esta poderosa modalidad de tratamiento, proporciona un microcosmos de sociedad adolescente donde la expansión, apropiada a la edad, de sentimientos de enojo, intimidad y ansiedad conduce a la cohesión del grupo y al contacto emocional con otros. El apoyo del grupo permite a los miembros trabajar los conflictos que les ha impedido funcionar a su nivel de capacidad.

¹²¹ "Sonia, te envío los cuadernos café". Adriana Schnacke. Cap.I. Apuntes de Terapia Gestáltica.

¹²² Perls, F., 1987. "Esto es Gestalt: colección de artículos sobre terapia". Ed. Cuatro Vientos.

¹²³ "Teoría y práctica de la psicoterapia de grupo". Irvin Yalom. Fondo de cultura económica, 1986.

Desde el nacimiento, cada uno fue estableciendo diferentes vínculos con distintas personas y situaciones. En base a esto, hemos ido adquiriendo una manera de funcionar y una manera de percibir al mundo, de pensarlo, de sentirlo y de accionar sobre él. Ha formado una ideología en relación a sí mismo y al mundo. Cada uno de nosotros no suele tener conciencia de ello, muchas partes no podemos decirlo, otra persona puede escucharnos desde fuera de nosotros y por tener otra forma de estructurar el mundo puede vernos y pensarnos desde otros datos. Pero si además de escucharnos nos ve actuar en diferentes situaciones y con diferentes personas, tendrá desplegada frente a sí una serie de actitudes, conductas y formas de funcionar.¹²⁴

Esto sucede en un grupo terapéutico, donde cada uno está siendo de diferentes modos con distintos integrantes en diversas ocasiones. Es decir, el grupo terapéutico permite al terapeuta ver, en acción, la situación presente, cómo ve, vive, siente y se conduce cada uno. Sus diferentes facetas y vínculos, sus posibilidades y limitaciones, su identidad mucho más allá de lo que cada uno puede contar de sí mismo.

El grupo terapéutico se apoya en una herramienta terapéutica muy poderosa que es el escenario grupal. Desde luego, el jefe de grupo es el único responsable de crear y reunir al mismo. El poder cohesivo del grupo no sólo está dado desde dentro, sino también por la sensación dominante de creciente aislamiento interpersonal y social. Goldschmit¹²⁵ afirma *'el hombre por naturaleza está sometido a la existencia social. Por ello inevitablemente tiene el dilema de favorecer sus intereses o reconocer al grupo al que pertenece... Cuando examinamos la conducta humana descubrimos que las personas no sólo viven en sistemas sociales, lo que significa que viven reunidas, sino que también actúan para lograr la aprobación de sus semejantes.*

Por otra parte Perls nos orienta a una visión del hombre que es tomado en este estudio. Perls postula que los seres humanos funcionan como un todo, que este todo es coordinado, también el ser humano es en un medio ambiente, y hay mutua interacción, el ser humano hace hincapié en el "ser", y es subjetivo, el ser humano está en un constante darse cuenta y busca contacto.¹²⁶

¹²⁴ "Juegos en dinámica de grupos": capítulo 1 "Qué es un grupo y cómo se incluyen los juegos". Loew, Figueroa. Ed. Club de estudio. Buenos Aires, 1988.

¹²⁵ Citado en "Teoría y práctica de la psicoterapia de grupo". Irvin Yalom. Fondo de cultura económica, 1986.

¹²⁶ "Sonia, te envío los cuadernos café". Adriana Schnacke. Cap.I. Apuntes de Terapia Gestáltica.

*La tendencia hacia el eclecticismo y la integración.*¹²⁷

La opción ecléctica, parece ser la opción más utilizada en la práctica. Eclecticismo, etimológicamente, significa selección de lo mejor de cada teoría, y a lo largo de la historia ha conseguido mayor aceptación en momentos de crisis ideológica o escepticismo (por ej., en el período helénico romano). Siendo la obesidad un tema multidimensional por todos los aspectos que incluye, se optó por la modalidad que se considera ecléctica, al tomar técnicas tanto humanistas como cognitivas para un mejor desarrollo de la terapia.

Aunque los modelos eclécticos permiten la apertura y la flexibilidad, favorecen igualmente una selección indiscriminada de elementos de la más diversa procedencia, lo que puede dar lugar a una mezcla incoherente de conceptos y técnicas. Por tanto, no hay que suponer que adoptar un enfoque ecléctico conlleve una mejora automática en la actuación del terapeuta. En realidad, existen varios tipos de posturas o enfoques eclécticos de valor muy desigual en cuanto a su contribución al avance de la psicoterapia como ciencia. También son varios los autores que han emprendido la tarea de distinguir entre las diversas formas de eclecticismo (Neimeyer, 1992; Norcross, 1986; Villegas, 1990b)¹²⁸, aportaciones que los autores han utilizado para realizar el siguiente intento de sistematización:

1. *Eclecticismo intuitivo o atóxico*. Se nutre únicamente de los procedimientos específicos de las distintas técnicas, con independencia de su marco conceptual. Incurre en el coleccionismo de técnicas y conceptos a veces contrapuestos. Sus partidarios suelen ser poco amantes de la teorización y escogen las técnicas a emplear en base a su atracción subjetiva o a la vivencia y creatividad del momento. Es muy frecuente en la práctica clínica, aunque por motivos teóricos y científicos presenta evidentes problemas.
2. *Eclecticismo técnico*. Consiste en la selección de técnicas y procedimientos de orígenes diversos de acuerdo con criterios sistemáticos (pragmáticos o teóricos), sin necesidad de

¹²⁷ "Aproximaciones a la Psicoterapia: una introducción a los tratamientos psicológicos". Feixas, G. Miró, T. Ed. Barcelona: Paidós. 1993.

¹²⁸ "Aproximaciones a la Psicoterapia: una introducción a los tratamientos psicológicos". Feixas, G. Miró, T. Ed. Barcelona: Paidós. 1993.

aceptar el marco de referencia o teoría de donde proceden. Fue sugerido por A. Lazarus, cuya propuesta, el multimodalismo, es un ejemplo típico de esta opción (Lazarus, 1981)¹²⁹. A menudo acaba precisando de una guía racional o teoría que sea lo suficientemente amplia, potente y flexible como para abarcar de forma coherente elementos dispares.

3. *Eclecticismo sintético*. Dentro del movimiento integrador se conoce también como «integración teórica» puesto que trata de integrar conceptos procedentes de distintas teorías. Villegas (1990)¹³⁰ lo llama integracionismo y distingue entre integración asimilativa (reformulación de los conceptos de una teoría en términos de otra) e integración acomodativa (articulación de elementos teóricos compatibles).

De hecho, estas dos últimas formas de eclecticismo forman parte, junto con la línea de los factores comunes, del movimiento integrador en psicoterapia.

Por un lado, es cierto que el interés por integrar distintas perspectivas psicoterapéuticas es antiguo, remontándose a los clásicos trabajos de French (1933)¹³¹ y Dollard y Miller (1950), y tradicionalmente ha estado centrado en torno al psicoanálisis y la terapia de conducta. Pero, por otro lado, también es cierto que las dimensiones que ha adquirido el movimiento actual para la integración de las psicoterapias son muy notables. Como un exponente de este auge, algunas de las revistas principales del área han dedicado números monográficos al tema de la integración. Además, en la actualidad existen dos revistas dedicadas exclusivamente a este tema: el *Journal of Eclectic and Integrative Psychotherapy* y el *Journal of Psychotherapy Integration* (órgano oficial de SEPI). La cuestión de la integración de las psicoterapias también ha tenido eco en los organismos oficiales, particularmente en el seno del NIMH (*National Institute of Mental Health*), que es el principal organismo de provisión de fondos para la investigación en salud mental en los EE.UU.

¹²⁹ "Aproximaciones a la Psicoterapia: una introducción a los tratamientos psicológicos". Feixas, G. Miró, T. Ed. Barcelona: Paidós. 1993.

¹³⁰ "Aproximaciones a la Psicoterapia: una introducción a los tratamientos psicológicos". Feixas, G. Miró, T. Ed. Barcelona: Paidós. 1993.

¹³¹ Citado en: "Aproximaciones a la Psicoterapia: una introducción a los tratamientos psicológicos". Feixas, G. Miró, T. Ed. Barcelona: Paidós. 1993.

Uno de los retos más apasionantes en la psicoterapia de nuestro tiempo es el evolucionar desde la pluralidad hacia la exploración de un avance común. Esta evolución supone pasar de formas de seleccionar teorías o técnicas psicoterapéuticas hacia el esfuerzo por contribuir a una maduración y avance cualitativo del campo de las psicoterapias hacia un clima cooperativo de exploración de la integración. Se dice "exploración de la integración") para distinguir el movimiento integrador del «sueño unificacionista». En efecto, el movimiento integrador pretende fomentar un marco de diálogo que sustituya la «lucha de escuelas» por un contexto cooperativo que permita encontrar propuestas integradoras más evolucionadas que los enfoques escolares ya existentes. Por otro lado, se trata de enfatizar, y coordinar, los esfuerzos por investigar los mecanismos de cambio descritos por distintos modelos terapéuticos, a menudo con terminología diferente.

Se podría entender el planteamiento del reto de la integración como una muestra de la evolución del campo de las psicoterapias hacia estadios más maduros de desarrollo. Norcross (1986)¹³² sugiere que la comunidad psicoterapéutica ha ido evolucionando de un simplismo absolutista y dogmático («mi enfoque es el mejor, por definición, y los demás están equivocados») hacia un relativismo («los enfoques funcionan según los casos»), con la esperanza de llegar a un compromiso ético con un enfoque desde el que evolucionar de forma no dogmática. Es decir, espera que la adhesión a un modelo se fundamente en una elección personal y comprometida con su perfeccionamiento en lugar de basarse en el dogmatismo.

5.1 La experiencia emocional correctiva.

Es interesante mencionar este concepto que en 1946, Franz Alexander introdujo al describir el mecanismo de cura psicoanalítica. Afirmó que el principio básico del tratamiento era "exponer al paciente, en las circunstancias más favorables, a las situaciones emocionales que no había podido manejar en el pasado. El paciente, para recibir ayuda, debe tener una experiencia emocional correctiva apropiada para reparar la influencia traumática de la experiencia previa"¹³³. Alexander subrayó la importancia de la experiencia emocional; la introspección intelectual no basta.

¹³² "Aproximaciones a la Psicoterapia: una introducción a los tratamientos psicológicos". Feixas, G. Miró, T. Ed. Barcelona: Paidós. 1993.

¹³³ Citado en "Teoría y práctica de la psicoterapia de grupo", Irvin Galom: Fondo de cultura económica, 1986

La importancia de la experiencia emocional en terapia y que las jóvenes descubran lo inadecuado de sus reacciones interpersonales en la prueba de realidad son críticas en la experiencia terapéutica del grupo. De hecho el ambiente del grupo ofrece más oportunidades para generar experiencias emocionales correctivas, los pacientes deben tener bastante apoyo del grupo para que deseen expresar sinceramente y para que después analicen el incidente. En el presente programa psicológico, se propone que también es importante trabajar de esta manera con las cosas ocurridas en la misma terapia, sobretudo cuando las participantes expresan sus sentimientos. Debemos sentir algo vigorosamente, pro también debemos, por medio de nuestra facultad de razonar, comprender las implicaciones de esa experiencia emocional esto tiene relevancia directa con el concepto del aquí y ahora, un concepto clave en la terapia de grupo.

En el grado en que la terapia de grupo enfoque el aquí y el ahora, aumenta su poder y eficacia: los miembros del grupo se perciben entre sí de la manera más espontánea y sincera posible y también reflexionan sobre esa experiencia y la tarea del terapeuta consiste en dirigir al grupo hacia el aspecto introspectivo de este proceso, esto lo examinaremos con más profundidad más adelante.

5.2. – FUNCIONAMIENTO.

¿Cómo ayuda la terapia de grupo a los pacientes?. Yalom plantea que el cambio terapéutico que persigue el grupo es un proceso enormemente complejo y que ocurre mediante una interacción intrincada de varias experiencias humanamente guiadas que llama "Factores curativos".^{134/135}

♦ Infundir esperanza:

Infundir y mantener la esperanza es crítico en todas las psicoterapias. No sólo se necesita esperanza para mantener al paciente en terapia, sin que la fe en un tipo de tratamiento puede ser en sí terapéuticamente eficaz, tanto si el paciente cree en su mejoría, como si el terapeuta cree en el tratamiento. Este punto es esencial para la hora de tratar el tema de la obesidad.

¹³⁴ "Guía breve de psicoterapia de grupo", Sophia Venogradov; Irvin Galom. Editorial Paidós, 1996.

♦ **Universalidad:**

Muchos pacientes entran en terapia con el inquietante pensamiento que son únicos en su desgracia y tiene una poderosa sensación de aislamiento. Están secretamente convencidos de que su desdicha es única y sólo a ellas les suceden cosas terribles. El secreto más común es la profunda convicción de una insuficiencia básica, sobretudo con el tema de la obesidad que como vimos anteriormente los continuos fracasos en las dietas y la recuperación del peso perdido en corto tiempo, hace que las jóvenes se sientan incompetentes para solucionar sus problemas, este sentimiento de incapacidad se sigue con frecuencia de un profundo sentimiento de alineación interpersonal (que en estos casos se ve reforzada por lo social) en la medida en que los pacientes descubren su similitud con los otros y comparten sus preocupaciones más profundas, se benefician más con la aceptación por parte de los otros miembros.

♦ **Impartir información:**

El proceso educativo es muy implícito pero se hace con respecto a los temas de su salud mental y con el tema de la obesidad, los tipos de alimentos más sanos, etc. Además para estructurar la grupo. La conducta de aconsejar o buscar consejos para el grupo a menudo es una clave importante para buscar algunos rasgos de personalidad el que aconseja desde una postura superior, el que busca consejos frecuentemente para cualquier decisión personal, etc.

♦ **Altruismo.**

En los grupos de terapia los pacientes reciben dando, no sólo como parte de la secuencia recíproca de dar y recibir, sino también en el acto intrínseco de dar. Los pacientes se ayudan enormemente los unos a los otros, en el desarrollo del grupo terapéutico. Ofrecen apoyo, seguridad, sugerencias, ideas y comparten problemas similares mutuos, la gente necesita sentirse necesaria.

¹³⁵ "Teoría y práctica de la psicoterapia de grupo", Irvin Galom: Fondo de cultura económica, 1986.

♦ **Desarrollo de las técnicas de socialización:**

En adolescentes se puede enfatizar sobre la importancia en desarrollar el trato social y enfatizar el trato empático.

♦ **La conducta de imitación.**

En los grupos en proceso imitativo es más difuso, ya que las personas pueden modelarse con aspectos de otros miembros del grupo y también con los del terapeuta. Bandura(1963)¹³⁶ declaró que el aprendizaje social no puede explicarse adecuadamente con refuerzo directo, ha demostrado de un modo experimental que la imitación es una fuerza terapéutica eficaz.

♦ **El aprendizaje interpersonal.**

Cuando estudiamos a la sociedad humana descubrimos que las relaciones interpersonales desempeñan un papel crítico. El poder radica en la importancia que tienen las interacciones interpersonales en el desarrollo psicológico de cada individuo. "se alcanza salud mental en la medida que uno toma conciencia de las propias relaciones interpersonales" (Sullivan, H. 1940). Las formulaciones de Sullivan sostienen que la personalidad es casi por entero un producto de la interacción con otros seres humanos significativos, el individuo desarrolla un concepto de sí mismo que se basa en la aprobación por parte de otros seres significativos. Cuando el individuo es proclive a distorsionar su percepción sobre otros usa el término de "distorsión paratáxica" que se refiere a cuando alguien se relaciona con otra persona basándose en atributos no reales de la otra.

♦ **Cohesión grupal.**

Cuanto más importante consideren los miembros al grupo, más eficaz será éste. Yalom¹³⁷ cree que la posición terapéutica ideal para los pacientes es que consideren el suceso más importante en sus vidas su experiencia terapéutica de grupo. El grupo aumenta su importancia cuando sus miembros llegan a considerarlo un rico depósito de información

¹³⁶ Citado en : "Guía breve de psicoterapia de grupo", Sophia Venogradov; Irvin Galom. Editorial Piados, 1996.

¹³⁷ "Guía breve de psicoterapia de grupo", Sophia Venogradov; Irvin Galom. Editorial Piados, 1996.

y apoyo y si los pacientes aprecian la valiosa ayuda que pueden ofrecerse mutuamente porque si el grupo ve al terapeuta como su única fuente de ayuda, el grupo no puede lograr un nivel óptimo de autonomía y respeto propio.

5.2.1. – Preparación para el grupo.¹³⁸

Las decisiones del orientador, antes de la iniciación del grupo, son tan importantes como lo serán sus comportamientos dentro del grupo.

El escenario: el orientador debe elegir un lugar apropiado en el que el grupo se reúna, y establecer una política sobre la duración del grupo y de cada una de las sesiones, la admisión de nuevos miembros y el tamaño del grupo. Las sesiones deben efectuarse en un lugar que presente cierto grado de comodidad y sea privado y que esté libre de distracciones. Otra parte del escenario puede incluir el uso de cierto de un equipo de registro audiovisual. Aun si el equipo no está visible, es parte del escenario y los miembros del grupo deben estar conscientes de que está siendo usado.

Tamaño: el consenso de la literatura, aun cuando no esté basado en la investigación, sugiere que el tamaño ideal de un grupo de terapia es de 7 u 8 miembros, con límites extremos de 5 y de 10. el límite inferior lo determina el hecho de que cuando un grupo es muy pequeño, deja de operar como grupo y los individuos se encuentran a sí mismos involucrados en orientación individual dentro de un marco de grupo. Además las oportunidades para utilizar la dinámica de grupo se reducen. El límite superior está determinado por el hecho de que hay menos tiempo disponible para trabajar en problemas individuales cuando hay miembros adicionales, a medida que el tamaño del grupo aumenta, resulta más difícil para los miembros menos pujantes expresar sus ideas, además, el aumento en el tamaño del grupo trae consigo una correspondiente tendencia a la formación de subgrupos de rompimiento. Un orientador debe esperar que deserten uno o dos miembros durante las etapas tempranas. Es aconsejable empezar el grupo con un tamaño algo mayor de lo deseado, anticipando esta posibilidad.

Por otra parte, Spotnitz, H. (1974)¹³⁹ los divide en :

¹³⁸ "Asesoramiento de grupos". Hansen, Warner, Smith. 1981. Cap.10 "Estableciendo el grupo".

- *Grupo chico*: se estima que éste contiene entre cuatro y diez participantes. Este tamaño ofrece ventajas tales como ambiente protegido, diversidad de modelos y gran posibilidad de control por parte del terapeuta. Estas características han llevado a que sea el más utilizado en el contexto terapéutico.
- *Grupo intermedio*: es aquel que contiene entre 12 y 30 participantes. Se utiliza para la discusión de problemas comunes dentro del ámbito educacional.
- *Grupo grande*: es aquél que contiene más de treinta personas. Este tipo de grupo se organiza con el fin de trabajar un problema específico.

Composición del grupo: los grupo homogéneos se vuelven cohesivos más rápidamente, tienen una asistencia menos irregular, menos conflictos, frecuentemente ofrecen respaldo inmediato unos a otros y proporcionan alivio sintomático más rápido. Sin embargo, se cree que el grupo homogéneo es más probable que permanezca en un nivel superficial y que es menos efectivo para alterar el comportamiento permanente, en el caso del presente programa se optó por esta alternativa para tratar el tema de la obesidad. Se postula que los clientes tienen una sensación de pertenencia cuando descubren otros miembros en el grupo con problemas similares a los suyos, pero aun cuando tengan el mismo problema general, también se dan cuenta de que cada quien es único, y de que en cada caso existen diferentes causas subyacentes.

Por otra parte, algunos orientadores sugieren que el grupo sea tan heterogéneo como sea posible, para asegurar que ocurra la máxima interacción. El grupo heterogéneo, cada miembro recibe mayor estímulo y se ve forzado a examinar y entender en qué consisten las diferencias en los otros miembros del grupo y proporciona mayores oportunidades de probar la realidad.

Tipos de grupo: antes de empezar con un grupo se debe tomar una decisión sobre si ha de ser abierto o cerrado.

¹³⁹ "Asesoramiento de grupos". Hansen, Warner, Smith. 1981. Cap.10 "Estableciendo el grupo".

- Grupo cerrado: no admite nuevos miembros y debe cumplir un número predeterminado de funciones hasta que decida terminar. Es eficaz en cuanto tiene membresía estable y límites de tiempo durante los cuales trabajar, además .
- Grupo abierto: los miembros que se retiran del mismo van siendo reemplazados por otros, de manera que continúe funcionando sin una conclusión previamente determinada.

Duración: la mayor parte de los grupos toman un tiempo considerable para animarse a la comunicación personal y a discutir alguno de los principales temas de las sesiones. Es difícil para los miembros llegar a involucrarse personal y productivamente en menos de noventa minutos, o en más de dos horas. Mucho de lo que se dice sobre la conducta de los grupos hace suponer que después de un período de dos horas los miembros se vuelven menos productivos, llegándose al punto de disminución de los rendimientos. Otro aspecto de la duración del grupo implica el número de reuniones. En un grupo abierto dicho número puede variar para cada miembro. En un grupo cerrado es posible establecer un número específico de reuniones. La ventaja de un número específico de reuniones es que proporciona un límite de tiempo para la vida del grupo y los miembros se ven forzados a funcionar en ese lapso. Un requisito tal puede reducir la resistencia y animar a los miembros a trabajar con entusiasmo para lograr sus metas. Este punto es importante en el tema que ahora nos ocupa ya que el objetivo básico del programa es lograr una reducción del peso en un lapso determinado. En todo caso es aconsejable dejar abierta la posibilidad de renegociar el número de sesiones en el caso de que los miembros sientan que no se han satisfecho productivamente sus metas.

La tendencia creciente hacia la terapia breve.¹⁴⁰

En los años de predominio del psicoanálisis, la psicoterapia era un proceso lento de muchas sesiones semanales durante varios años. Aún en informes relativamente recientes

¹⁴⁰ "Aproximaciones a la Psicoterapia: una introducción a los tratamientos psicológicos". Feixas, G. Miró, T. Ed. Barcelona: Paidós. 1993.

(p. ej. Kernberg¹⁴¹ (1972) se habla de un total de 840 sesiones, aproximadamente. Sin duda, este planteamiento sólo es asumible por determinadas capas de la población. Con la aparición del resto de modelos terapéuticos se ha ido consolidando la tendencia, cada vez más acentuada, hacia el acortamiento del proceso terapéutico.

La tendencia creciente de las psicoterapias hacia la brevedad supone un sano ejercicio de ajuste a la realidad de la motivación o disponibilidad de los clientes. Pero existe otra razón aún más poderosa en favor de las terapias breves: los estudios sobre efectividad terapéutica. Al comparar distintos tratamientos, la variable relativa a la duración de la psicoterapia no produce efectos diferenciales, por lo que resultan tan efectivas las terapias de larga duración como las breves.

Si las terapias de larga duración no han demostrado ser más efectivas que las breves, las segundas resultan preferibles por varios motivos. En primer lugar, en el plano de la política de salud mental en centros públicos no sería coherente gastar el dinero del contribuyente en tratamientos largos cuando enfoques más breves pueden resultar al menos tan efectivos. En el ámbito privado la cuestión afecta al cliente de forma más directa, con lo que también resulta un problema ético proponer un tratamiento de larga duración.

Por otro lado, hay que recordar que la psicoterapia no es un fin en sí misma, sino que su finalidad es promover un buen funcionamiento del cliente en su medio natural. Cuantas más sesiones dure una psicoterapia más se lo aparta de su medio, más importante deviene del terapeuta dentro de su red social. En el presente programa se ha optado por doce sesiones por el enfoque exploratorio que se le ha dado.

Entrevista preparatoria: el orientador deberá informar a los miembros del sitio en que tendrán lugar las reuniones, la duración de cada una de ellas y el número de sesiones por semana. Yalom (1970)¹⁴² establece que el uso más efectivo de la entrevista preparatoria es ayudar a los clientes a reconocer sus conceptos erróneos y falsas creencias o expectativas sobre la orientación del grupo, además puede ayudar al grupo en su desarrollo ofreciéndole un marco de trabajo conceptual y claros lineamientos sobre un comportamiento efectivo. La

¹⁴¹ "Aproximaciones a la Psicoterapia: una introducción a los tratamientos psicológicos". Feixas, G. Miró, T. Ed. Barcelona: Paidós. 1993.

¹⁴² "Teoría y práctica de la psicoterapia de grupo". Irvin Galom: Fondo de cultura económica, 1986.

preparación de cada uno de los miembros se individualiza de acuerdo con sus intereses expresados y la cantidad de conocimiento previo que cada cual tenga sobre la orientación de grupos.

Se advierte a los clientes sobre algunos de los sentimientos desalentadores que podrán sufrir en las primeras reuniones. Algunas de sus esperanzas no quedarán satisfechas y podrán sentirse frustrados con el funcionamiento del grupo. Sin embargo, se les anima a permanecer dentro del grupo. Yalom (1970)¹⁴³ ofrece dos observaciones prácticas sobre la entrevista preparatoria. Primero, el orientador debe repetir y hacer hincapié deliberadamente en los puntos importantes de la preparación, porque los clientes frecuentemente están en un estado de gran ansiedad y tienden a la atención selectiva, o pueden malinterpretar conceptos. En segundo lugar, Yalom sugiere que el orientador conduzca un grupo de membresía más pequeña y no tratar de imponerle un grupo a un paciente.

Estructura: la meta general de la orientación de los grupos es inducir el cambio psicológico en el cliente. La mayor parte de los orientadores acentúan la exposición del sí mismo, la introspección y la autocomprensión del cliente, conducentes a un cambio del comportamiento como el método para la obtención de las metas. Las opiniones difieren a si el grupo debe ser estructurado para realizar este proceso.

Quienes abogan por una situación no estructurada consideran que tal atmósfera es adecuada a las necesidades del cliente. Cuanto menos estructuradas están las metas, las tareas y las actividades del grupo, más capaz se vuelve éste de obtener conciencia de las relaciones psicológicas entre sus miembros. Para escapar a la aflicción y a la ansiedad inherentes a las situaciones no estructuradas, los miembros de cualquier grupo inventan su propia estructura a través de tareas, reglamentos, diferencia de posiciones, actividades y metas. Los críticos del enfoque no estructurado argumentan que la falta de estructuración en las primeras sesiones no facilita el desarrollo del grupo y alimenta las distorsiones del cliente y sus temores interpersonales.

¹⁴³ "Teoría y práctica de la psicoterapia de grupo", Irvin Galom: Fondo de cultura económica, 1986.

Por otro lado¹⁴⁴, un enfoque estructurado del grupo se caracteriza por el uso de un programa previamente elaborado por el terapeuta, sin considerar las necesidades específicas de los miembros en un momento determinado, los que abogan por este enfoque postulan que facilita el movimiento rápido del grupo, expresando el contenido específico de sus problemas y respondiendo con conductas más adecuadas.

El presente programa se realizó con un enfoque semi estructurado de las sesiones ya que se caracteriza por el uso de actividades terapéuticas programadas en combinación con procedimientos basados en las necesidades de las participantes y además que, por tratarse de un grupo piloto, se considera importante que exista cierta flexibilidad en el tratamiento pues pueden surgir cosas que es necesario tratar.

5.2.2. – Selección.

Un punto importante en el proceso de establecimiento del grupo es la selección de las personas que van a participar en éste pues se tiene mayor probabilidad de éxito en el grupo con la cuidadosa selección de los participantes.

Los criterios de selección siempre tienen que ser basados en relación con la finalidad del grupo y el tipo de psicoterapia.¹⁴⁵

Las personas deben ser estudiados por el orientador para saber de ellos lo más posible, examinar los antecedentes familiares, la niñez, la adolescencia y otras áreas del desarrollo de la persona, y también es útil su historia médica, en el presente programa se realizó la entrevista preparatoria con el fin indicado.

El éxito aumenta cuando se selecciona a las personas que desean entrar al grupo después de saber lo que se espera de ellas y lo que ellas pueden esperar de la experiencia. Johnson (1963) y Rickard (1965)¹⁴⁶ opinan que los clientes voluntarios y que muestran un motivación más fuerte para la membresía, son buenos prospectos en la orientación de grupos. Los individuos buscan orientación por sí mismos, son más abiertos a la ayuda que aquellos que van presionados por sus familias, en este estudio, las jóvenes fueron enviadas

¹⁴⁴ "Evaluación de la efectividad de un programa de entrenamiento asertivo grupal para adolescentes que incluye técnicas de conductuales cognitivas más técnicas de darse cuenta; y conocimientos de los aportes de autoconocimiento corporal incorporarlo a este programa". Tesis para optar a título de Psicólogo. Bernardita González: Marcela Richaud. Loreto Silva, 1988.

¹⁴⁵ "Psicoterapia de grupo en la infancia". Séller, Anny. Ed. Nueva Visión. Buenos Aires, 1984.

¹⁴⁶ "Asesoramiento de grupos". Hansen, Warner, Smith. 1981. Cap.10 "Estableciendo el grupo".

por profesionales pero se le dio el carácter de voluntario, en la entrevista se invitaba a las niñas a participar libremente por lo que el grupo se vio beneficiado por este hecho.

Por otra parte, es importante que los individuos estén interesados en ayudarse unos a otros. La experiencia de grupo será más productiva si sus miembros son capaces de llegar a interesarse emocionalmente en ayudarse unos a otros, y si les satisface ver que otros solucionan sus problemas.

En resumen, lo primordial al momento de seleccionar pacientes es crear un grupo que forme una unidad, hay un considerable consenso clínico que los pacientes que tienen una conducta extremadamente desviada son malos candidatos para la terapia de grupo ya que amenazan la cohesión grupal.¹⁴⁷

Casi todos los estudios de sistemáticos de selección de la terapia de grupo han intentado elaborar criterios de exclusión. El cambio de miembros, ausencias y retrasos son realidades de todos los grupos que amenazan su estabilidad e integridad y para los terapeutas es difícil enfrentar esto con firmeza, por temor a que se vayan aquellos pacientes que se muestran ambivalentes con el grupo pero si no se hace caso a estos problemas también se contribuye a reducir la cohesión.¹⁴⁸

*Abandono:*¹⁴⁹ es evidente que los que abandonan al grupo prematuramente no se benefician con una breve estancia en éste, además causan un efecto adverso en el resto de los miembros, quienes se sienten amenazados y desanimados por las deserciones tempranas.

Desertar prematuramente de un grupo es un fracaso para el paciente y va en detrimento de la terapia del resto del grupo. Diversos estudios sugieren que, en la entrevista inicial, los pacientes destinados a abandonar los grupos probablemente tendrán las siguientes características: una elevada negación; una elevada somatización; una baja motivación; un bajo interés psicológico; clase social baja; tienen una eficacia social y un CI bajos. Los miembros del grupo que no pueden participar en la tarea del mismo (por diversas razones) y que le impiden avanzar al grupo para terminar su tarea, se sienten mucho menos atraídos por éste e impulsados a abandonar la terapia. Los individuos cuya contribución no está de

¹⁴⁷ "Guía breve de psicoterapia de grupo", Sophia Venogradov; Irvin Galom. Editorial Paidós, 1996.

¹⁴⁸ "Guía breve de psicoterapia de grupo", Sophia Venogradov; Irvin Galom. Editorial Paidós, 1996

¹⁴⁹ "Teoría y práctica de la psicoterapia de grupo", Irvin Galom; Fondo de cultura económica, 1986.

acuerdo con las normas elevadas del grupo tienen una alta tasa de deserción a la terapia y esto es particularmente notable en los que tienen un bajo nivel de estima propia.

Jackson¹⁵⁰ demostró que la atracción que siente el individuo por el grupo es directamente proporcional al grado en que a este individuo lo consideran valioso los otros miembros. También se mostró que la capacidad del grupo para influir en el individuo depende en parte de lo atractivo que sea el grupo para ese miembro, y en parte del grado en que ese miembro se comunica con los otros en el grupo.

Asistencia y puntualidad: Yalom postula que la impuntualidad y la asistencia irregulares por lo general significan resistencia a la terapia, y deben considerarse de la misma manera como se tratan éstos fenómenos en la terapia individual. Cuando varios miembros con frecuencia llegan tarde o faltan, debe buscarse la fuente de la resistencia a la terapia de grupo; por alguna razón, la cohesión se ve limitada y el grupo zozobra. Cualquiera sea la base de la resistencia, la conducta debe, por varias razones, modificarse antes de que pueda comprenderse y analizarse. Sobre todo la asistencia irregular resulta destructora para el grupo; en cierto sentido es contagiosa y produce desaliento en el grupo y más ausencias. Obviamente, es imposible analizar el problema en ausencia de los pacientes interesados.

Varios terapeutas han adoptado diversos métodos para influir en la asistencia. Muchos hacen énfasis durante la entrevista anterior a la terapia sobre la importancia de la asistencia regular.

Esta conducta forma parte del microcosmo social del paciente y, si se maneja en forma adecuada, puede aprovecharse para la comprensión de sí mismo; pero en bien del grupo y del individuo debe corregirse antes de ser analizada. El paciente que falta no puede oír ninguna interpretación. De hecho el terapeuta debe esperar el momento oportuno para hacerle comentarios después de que regresa el paciente. Es útil para el grupo que los pacientes le hablen por teléfono al terapeuta de antemano, y le avisen que faltarán a la reunión o que llegarán tarde; sin esta notificación el grupo puede gastar considerable tiempo expresando curiosidad o preocupación por el miembro ausente.

Tiene un considerable valor terapéutico que los pacientes sepan que el grupo siempre está allí, estable y confiable.

¹⁵⁰ "Teoría y práctica de la psicoterapia de grupo", Irvin Yalom: Fondo de cultura económica, 1986.

Personas no aptas para terapia de grupo.^{151/152}

1. **Monopolizador:** Es una persona que se siente obligada a hablar incesantemente sobre todas y cada una de las cosas, acaparando todo el tiempo y atención del grupo. Estos pacientes experimentan angustia si guardan silencio, puede persistir en describir, con detalles interminables sus conversaciones con otras personas o contando relatos de periódicos o historias de revistas que sólo tienen relación leve con el problema del grupo.
2. **El que permanece en silencio:** no es abiertamente perturbador, pero igual supone un desafío para el terapeuta. Hay mucho consenso clínico en que en la terapia prolongada, el paciente silencioso no obtiene beneficios del grupo.
3. **Esquizoide, obsesivo o demasiado racional:** los pacientes emocionalmente bloqueados, aislados e interpersonalmente distantes acuden a menudo a la terapia debido a la vaga sensación de que les falta algo
4. **Quejumbroso, que rechaza la ayuda:** introducen problemas somáticos de su entorno y los describe de un modo que los hace parecer insalvables, absorbe la energía y consejos del grupo.

5.2.3. – Creación del clima terapéutico de grupo.¹⁵³

El terapeuta grupal está cargado con la enorme responsabilidad de crear un clima terapéutico de grupo que permita que los adolescentes adquieran conductas más sanas y que faciliten sus interacciones. Si el terapeuta comprende y acepta el rol de líder, el grupo puede ser una poderosa modalidad para ayudar a los jóvenes deprimidos, hostiles, ansiosos y a toda la gama de factores psicológicos que subyacen al tema que ahora nos ocupa, la obesidad.

Existen pautas que ayudan al líder de grupo para que se desarrolle un medio de tratamiento terapéutico que permita a los pacientes a la obtención de su metas de tratamiento.

¹⁵¹ "Guía breve de psicoterapia de grupo". Sophia Venogradov; Irvin Galom. Editorial Paidós, 1996.

¹⁵² "Teoría y práctica de la psicoterapia de grupo", Irvin Galom; Fondo de cultura económica, 1986.

¹⁵³ "Creación de la experiencia de psicoterapia de grupo para adolescentes", Albert E. Riester, dD

1. La cantidad de estructura grupal debe ser congruente con el nivel de desarrollo de los pacientes dentro del grupo.
2. Deben formularse metas para el grupo y los pacientes y utilizarse en el proceso de tratamiento.
3. Las actividades verbales y no verbales les dan a los integrantes la oportunidad de experimentar dominio.
4. Saber quién hace qué a quién, lo mismo cuando, dónde y cómo, le dará al terapeuta un mapa para comprender el proceso grupal.
5. El conocimiento de las etapas del desarrollo grupal le ayudarán al terapeuta a reconocer y comprender el progreso del paciente hacia la individuación.
6. Los antecedentes del grupo de compañeros del terapeuta son un recurso en la selección de actividades verbales y no verbales para el establecimiento de la alianza terapéutica.

Desde luego, el jefe de grupo es el único responsable de crear y reunir al mismo. El ofrecimiento de sus servicios de ayuda profesional es la razón de ser inicial. Una gran parte de la tarea de mantenimiento se realiza antes de efectuar la primera reunión y la habilidad del terapeuta de seleccionar y preparar a los miembros influirá mucho en la suerte del grupo. La terapia de grupo será exitosa si el terapeuta provee de estructura y guía externa para que el adolescente tenga la experiencia de dominio de grupo. Los terapeutas deben ser activos en la planificación y conducción de cada sesión, deben establecer reglas claras, todo para crear un clima terapéutico seguro.¹⁵⁴ Todo esto se trató de aplicar en el programa.

5.2.4 – Metas del grupo y del paciente.

En la planificación de un grupo adolescente, se sugiere un enfoque que oriente hacia las metas y que corresponda con la orientación teórica del terapeuta, en este caso se utilizó un enfoque ecléctico, tomando elementos de la orientación humanista en conjunto con la orientación cognitiva, ya que se trabajó con ejercicios de ambas

¹⁵⁴ "Creación de la experiencia de psicoterapia de grupo para adolescentes", Albert E. Riester, dD

orientaciones y que servían para el cumplimiento de los objetivos, éstos serán descritas más adelante.

La disponibilidad de metas de grupo y del paciente le permite al terapeuta comunicarse con sus padres, otros clínicos, maestros y posibles pacientes en cuanto al propósito de la experiencia terapéutica.

En general, las metas se dirigen hacia la reducción de conductas desadaptativas y enfocan las áreas donde el paciente tienen retrasos significativos en su desarrollo. En el presente programa las metas están destinadas a lograr una baja de peso que involucra los distintos aspectos planteados anteriormente.

5.3 – LA ILUMINACIÓN DEL PROCESO

El comentario del proceso grupal es una poderosa intervención para ayudar a los adolescentes a obtener *insight* y aprendizaje de la forma de comunicarse de la manera más efectiva en el grupo.¹⁵⁵

El enfoque del aquí y ahora para ser eficaz, consiste en dos elementos simbióticos que tienen poder terapéutico cuando están juntos. Primero, los miembros del grupo deben observar sus sentimientos hacia otros miembros del grupo, hacia el terapeuta y hacia el grupo. Esto significa que la conversación del grupo no es histórica; los sucesos inmediatos en la reunión tienen precedencia sobre los sucesos de cada vida actual exterior y el pasado distante de los miembros. Este enfoque facilita mucho el desarrollo y el surgimiento cabal del microcosmo social de cada miembro. El grupo se vuelve más vital y todos su miembros (no sólo el que 'trabaja' en esta sesión) participan intensamente en la reunión.¹⁵⁶

Pero el enfoque del aquí y el ahora rápidamente alcanza los límites de su utilidad si no se da el segundo paso, que es la iluminación del proceso, el grupo debe reconocer, examinar y comprender el proceso. Debe examinarse a sí mismo, por ello el uso eficaz del aquí y el ahora es dualista: el grupo vive en el aquí y en el ahora y también se vuelve sobre sí mismo, da una vuelta sobre sí mismo y examina la conducta del aquí y del ahora que ha ocurrido.¹⁵⁷

¹⁵⁵ "Creación de la experiencia de psicoterapia de grupo para adolescentes", Albert E. Ricster, dD

¹⁵⁶ "Teoría y práctica de la psicoterapia de grupo", Irvin Galom:Fondo de cultura económica, 1986.

¹⁵⁷ "Teoría y práctica de la psicoterapia de grupo", Irvin Galom:Fondo de cultura económica, 1986.

El terapeuta debe interesarse en convertir la iluminación del proceso en una ventaja terapéutica, esta tarea es compleja y requiere varias etapas. Primero el paciente debe reconocer qué es lo que lo está haciendo con la otra gente y consigo mismo; luego debe apreciar el efecto de esta conducta sobre los otros; debe comprender la influencia de su conducta en la opinión que tienen los demás con respecto de él, y por consiguiente en su propia percepción; debe decidir si está satisfecho con su estilo habitual interpersonal y finalmente debe ser ayudado a emplear su voluntad para cambiar, y aquí el terapeuta debe ayudar a consolidar el cambio. Es decir, el patrón de quién le hace qué a quién y cómo, es útil para revelar algunos de los procesos que impiden que el grupo progrese¹⁵⁸. Este punto está íntimamente relacionado con el darse cuenta de lo interno de la persona por lo que volvemos a mencionar que lo importante de todo este proceso está orientado a “despertar” a la persona como dice Perls¹⁵⁹, es el momento de que el terapeuta debe facilitarles la apertura y el ‘darse cuenta de quienes son y qué les pasa realmente, por ello si el terapeuta está “dormido” como ellos; o si alguien empieza a buscar ‘causas’ antecedentes, explicaciones, está todo determinado y la persona no puede lograr le “despertar”, cuando la relación es aquí y ahora el psicólogo sabe que su única tarea es facilitar al consultante a que se dé cuenta de qué le pasa y qué espera de él.

Definición de “proceso”¹⁶⁰: en este ámbito el ‘proceso’ se refiere a las implicaciones de la relación de las transacciones interpersonales. Un terapeuta que está orientado hacia el proceso no sólo se interesa en el contenido verbal de las expresiones del paciente, sino en el “cómo” y el “por qué” de las expresiones. Por ello, el terapeuta considera los aspectos de la metacomunicación del mensaje ¿por qué, desde el aspecto de la relación, el paciente hace una afirmación en ese momento, a esa persona y de esa manera?

En la terapia, se pide a los pacientes que piensen, que cambien sus arreglos internos, que examinen las consecuencias de su conducta, este trabajo es difícil y a menudo desagradable. No basta sencillamente ofrecerles a los pacientes información o explicaciones; el terapeuta también debe facilitar la asimilación de la nueva información.

El terapeuta debe preocuparse por el marco de las observaciones interpretativas. Ningún comentario ni hasta el más brillante, puede ser valioso si no se acepta su entrega, si el

¹⁵⁸ “Creación de la experiencia de psicoterapia de grupo para adolescentes”. Albert E. Riester, dD

¹⁵⁹ “Sonia, te envió los cuadernos café”. Adriana Schnacke. Cap.I. Apuntes de Terapia Gestáltica

¹⁶⁰ “Teoría y práctica de la psicoterapia de grupo”, Irvin Galom:Fondo de cultura económica, 1986.

paciente rechaza el paquete sin abrir y sin inspeccionarlo. La relación, el estilo de entrega son tan importantes como el contenido del mensaje.¹⁶¹

Está claro que la iluminación del proceso permite que los adolescentes discutan la manera que sus patrones de interacción dentro del grupo se relacionan con su dinámica de personalidad.¹⁶² Este punto será ampliamente analizado más adelante, al presentar los resultados del programa ya que, al ser un estudio piloto sobre este tema hay elementos y contenidos ocurridos en las sesiones que pueden aportar a la comprensión y tratamiento de este problema.

5.4 - LA PERSONA DEL TERAPEUTA.

En la primera etapa del enfoque del aquí y el ahora, la tarea del terapeuta consiste en impulsar al grupo hacia el aquí y el ahora, con varias técnicas algunas de las cuales examinaremos más adelante. El terapeuta aparta a los miembros del grupo de la discusión del material exterior, y enfoca sus energías en su relación mutua y en sus sentimientos y emociones, luego el grupo participa de esta tarea, y el enfoque del aquí y ahora se vuelve más espontánea y natural de la corriente en la existencia del grupo. Poco a poco los miembros también llegan a evaluar el enfoque del aquí y el ahora, por sí mismos trabajan en el aquí y ahora y por varios medios, alientan a los otros miembros a hacer lo mismo. en una etapa posterior, el terapeuta debe ayudar al grupo a observar y a comprender el proceso de lo que ha ocurrido.¹⁶³

La segunda gran tarea en gran medida es la responsabilidad del terapeuta y consiste en un amplio campo de conductas, comentarios, etc.

Los terapeutas varían considerablemente en su estilo y deben desarrollar técnicas de acuerdo con éste. Como se dijo anteriormente, Yalom¹⁶⁴ sugiere que el terapeuta piense en términos del aquí y ahora, cuando hace esto durante un tiempo, espontáneamente dirige al grupo al aquí y ahora, cambia el enfoque del exterior hacia el interior, de lo abstracto a lo específico, de lo genérico a lo personal.

¹⁶¹ "Teoría y práctica de la psicoterapia de grupo", Irvin Galom:Fondo de cultura económica, 1986.

¹⁶² "Creación de la experiencia de psicoterapia de grupo para adolescentes", Albert E. Riester, dD

¹⁶³ "Teoría y práctica de la psicoterapia de grupo", Irvin Galom:Fondo de cultura económica, 1986.

¹⁶⁴ "Teoría y práctica de la psicoterapia de grupo", Irvin Galom:Fondo de cultura económica, 1986.

Tan pronto como el terapeuta logra dirigir a los pacientes hacia el patrón interaccional del aquí y ahora, debe interesarse en convertir esta interacción en una ventaja terapéutica. Hobbs (1951) sugiere que la tarea que presenta mayor desafío al orientador es la necesidad de liberar el potencia terapéutico del propio grupo y en virtud de su poder para establecer normas para las sesiones, el grupo puede ayudar o a entorpecer dicho proceso y el terapeuta debe cuidar de que las normas establecidas sea para un desarrollo óptimo de la terapia.¹⁶⁵

Tal como señalamos, en todo grupo es importante el señalamiento de normas y reglas de grupo. Lo importante de este punto es el recalcar que el jefe de grupo modela las normas u otras conductas en sus pacientes y por medio del ejemplo que da con su conducta de grupo personal, el terapeuta que reconoce que ejerce una gran influencia por medio del refuerzo social, y que ha formulado para sí mismo un principio de organización central de la terapia, será más eficaz y consistente en sus intervenciones terapéuticas. El terapeuta con experiencia no se vuelve menos espontáneo, sino que actúa espontáneamente sobre estos principios a medida que se vuelven causas determinantes internalizadas de su conducta. El terapeuta debe establecer un modelo que incluya responsabilidad y una restricción apropiadas y también la sinceridad, así, cuando se revela a sí mismo en el grupo no sólo modela la conducta, sino que realiza un acto que tiene considerable importancia de muchas maneras en el proceso terapéutico.¹⁶⁶

La atención de los sentimientos.¹⁶⁷

Las claves más importantes del terapeuta son sus propios sentimientos en la reunión, en los que llega a confiar después de repetidos episodios de validación consensual de varios incidentes similares previos a su experiencia de grupo, por esto es importante que el terapeuta tenga una formación experiencial en psicoterapia y utilice técnicas que previamente ha experimentado, obviamente para el terapeuta más experimentado ha aprendido a observar sus sentimientos. Si se siente impaciente, frustrado, aburrido, confuso, desalentado, observa estos datos valiosos, y los trabaja si considera adecuado.

¹⁶⁵ "Asesoramiento de grupos". Hansen, Warner, Smith. 1981. Cap.10 "Estableciendo el grupo".

¹⁶⁶ "Teoría y práctica de la psicoterapia de grupo", Irvin Galom:Fondo de cultura económica, 1986.

¹⁶⁷ "Teoría y práctica de la psicoterapia de grupo", Irvin Galom:Fondo de cultura económica, 1986.

El terapeuta no tiene que comprender sus sentimientos u ordenarlos y entregarlos en un claro conjunto interpretativo. La sencilla expresión de sus sentimientos con frecuencia basta para ayudar al paciente.

Para responder a sus sentimientos en el proceso terapéutico, el terapeuta debe tener un grado razonable de confianza en que sus sentimientos son apropiados. Si el terapeuta reacciona en forma inadecuada ante el paciente, esos sentimientos también son importantes, pero para el terapeuta, no para el paciente. El terapeuta necesita utilizar el delicado instrumento de sus sentimientos, y necesita usarlo con frecuencia y espontáneamente. Es de máxima importancia que este instrumento sea lo más confiable y exacto posible. Por esto, Yalom postula que es necesario que los terapeutas deban recibir suficiente psicoterapia personal.

El uso del pasado.

Bastante a menudo, la explicación de confunde con el estudio de los orígenes. La explicación sirve. Pero muchas veces, muchos terapeutas continúan creyendo que para descubrir causas reales de las conductas, las más profundas debe hacerse referencia al pasado.

Los factores poderosos e inconscientes que influyen nuestra conducta de ninguna manera se limitan al pasado, el pasado 'real' existe para cada uno de nosotros sólo en la medida en que le damos poder en el presente ante el horizonte del futuro. Frankl (1963)¹⁶⁸ nos recuerda que los pacientes, hasta en terapia prolongada, sólo recuerdan una mínima fracción de sus experiencias pasadas y pueden recordar y sintetizar selectivamente el pasado sólo para lograr una consistencia con su actual punto de vista de sí mismos. A medida que un paciente cambia su imagen presente, puede reorganizar o reintegrar su pasado, este punto es importante tenerlo en cuenta en el programa, ya que según lo descrito anteriormente, las jóvenes obesas tienen experiencias que llegan a ser traumáticas en sus relaciones interpersonales, las constantes burlas y el aislamiento consecuente, es una conducta que considero necesario tratar para que puedan enfrentar esas situaciones en forma más asertiva y cambien la conducta de aislamiento y ansiedad que las hace ingerir más calorías.

¹⁶⁸ "Teoría y práctica de la psicoterapia de grupo", Irvin Galom:Fondo de cultura económica, 1986.

Por otra parte, el camino del pensar orientado por la historia, el camino del descubrimiento de qué nos ocurre, orientado por la historia individual, eso es obsoleto. La historia individual se arregla y se acomoda para explicar lo que nos ocurre ahora. "una psicoterapia es buscada en primer término no para esclarecer un pasado inmodificable sino a causa de una insatisfacción con el presente y un deseo de mejorar el futuro".¹⁶⁹

La historia individual nos amarra a un causalismo fatal. El causalismo no deja al hombre sino la posibilidad de la resignación a la desgracia o a la locura, aquí vale poner el pensamiento de Perls que logró usar todo su ingenio y su capacidad creadora para sacar a sus pacientes del pensamiento causal, para desorganizar su discurso o no permitirlo, consciente de que el relato o la historia estaba absolutamente determinada y al servicio de una teoría de sí mismo, que cada paciente tienen para justificar su situación actual y mantenerse en aquello de lo que se queja y que muchas no quiere dejar¹⁷⁰, esto será analizado por lo ocurrido con las participantes en el programa ya que todas tenían sus historias sobre la situación de ser gordas y cómo se trabajó con ellas para sacarlas de las explicaciones y lograr realmente un cambio en sus conductas.

La formación del terapeuta integrador.¹⁷¹

Si el movimiento de la integración ya de por sí formula un reto al campo de la psicoterapia, el tema de la formación del terapeuta supone un reto quizás aún más complejo para los psicoterapeutas integradores. Si, como acabamos de ver, existe una gran diversidad de enfoques integradores, ¿cómo se va a plantear la formación del terapeuta? ¿En qué tipo de integración se le va a formar? Como vemos, se trata de una complejidad sobreañadida a la propia de la formación terapéutica.

La sensibilidad hacia la integración debería ser un componente de la formación de terapeutas de distintas escuelas. Supone el formar con un espíritu no dogmático, con el mensaje implícito de que no existe una verdad terapéutica, y de que es posible aprender de otras orientaciones. Por otro lado, cursos generales acerca de las propuestas y opciones de

¹⁶⁹ "Sonia, te envío los cuadernos café". Adriana Schnacke. Cap.I. Apuntes de Terapia Gestáltica

¹⁷⁰ "Sonia, te envío los cuadernos café". Adriana Schnacke. Cap.I. Apuntes de Terapia Gestáltica

¹⁷¹ "Aproximaciones a la Psicoterapia: una introducción a los tratamientos psicológicos". Feixas, G. Miró, T. Ed. Barcelona: Paidós, 1993.

integración existentes deberían también incluirse en los programas de formación establecidos. Se considera que el conocimiento de los desarrollos existentes en la tradición integradora permite situar las opciones personales con más claridad.

Esta visión no normativa de la formación del terapeuta integrador, según la cual no es coherente proponer un programa de formación en "psicoterapia integradora", como si fuera un modelo más, es coherente con la postura adoptada por SEPI y SEIP, que, como asociaciones sobre la exploración de la integración de la psicoterapia, se limitan a fomentar el diálogo entre profesionales de distintas orientaciones y a promover el espíritu integrador entre psicoterapeutas ya formados, o en formación, en alguna escuela reconocida.

6. - PROCEDIMIENTOS PSICOTERAPÉUTICOS

6.1. Introducción.

Al planificar para un grupo, el terapeuta debe comprender que la discusión verbal y un proyecto que incluya habilidades motoras son en ambos casos, ejemplos de un tipo de "actividad". Tanto las interacciones verbales como la participación en proyectos facilitan el desarrollo, participación, comunicación interpersonal y cohesión del grupo.

Es fundamental ser flexible y creativo en la mezcla de actividades verbales y no verbales que representen los intereses, capacidades y aptitudes del desarrollo dentro del grupo. En tanto exista la discusión y conciencia abiertas y directas acerca de lo que sucede en el aquí y ahora, las actividades verbales y no verbales pueden mezclarse para adecuarse a la situación.

Este método fue desarrollado por teóricos cognitivos, para diseñar estrategias de resolución de problemas en el ámbito interpersonal. Estos métodos se basan en la proposición inicial de Spivack, Platt y Shire (1976)¹⁷², quienes describen un conjunto de habilidades cognitivas de resolución de problemas. Sepúlveda y Larrain¹⁷³ utilizaron algunos conceptos desarrollados por estos autores y propusieron una nueva metodología que incluye la perspectiva de los modelos formulados por los teóricos que siguen la tradición Piagetana, como Selman y Shultz (1988) quienes postulan etapas del desarrollo cognitivo de estrategias de negociación interpersonal. Estas etapas son formas de pensar

¹⁷² "Somos personas". Sepúlveda, G; Larrain, S.

¹⁷³ "Somos personas". Sepúlveda, G; Larrain, S.

acerca de problemas de interacción social, los cuales se derivan en comportamientos específicos, y son análogos a las etapas del desarrollo moral de Kohlberg (1992).

El desarrollo va desde etapas más bajas (cualitativamente) hasta niveles más altos.

Etapa 0: Impulsiva. Las estrategias son primitivas, por ejemplo basadas en peleas o huidas, y no muestran evidencia de toma de perspectiva. En la acción esta etapa se traduce en conductas de agresividad física o evitación.

Etapa 1: Unilateral. Las estrategias muestran una consideración de los puntos de vista del otro y un reconocimiento del conflicto que existe, pero las estrategias se basan en las necesidades y deseos del niño, o simples acomodaciones al más poderoso o fuerte. En la acción esta etapa se caracteriza por mandar asertivamente o la obediencia sumisa.

Etapa 2: Autorreflexivo y recíproco. Las estrategias se basan en intercambios recíprocos, con una consideración del punto de vista del otro, sin embargo las negociaciones están orientadas a proteger los intereses del niño. En la conducta esta etapa se manifiesta por acciones persuasivas y deferentes.

Etapa 3 : Colaborativa. El niño o adolescente puede considerar ahora la situación objetivamente, tomando en cuenta su propia perspectiva y la del otro, y reconocer que las negociaciones son necesarias para la continuidad de la relación. En la acción esta etapa se caracteriza por la conducta cooperativa.

En el taller organizado por éstas psicólogas fue utilizado para evaluar a los niños al iniciar y terminar su taller.

He mencionado la anterior investigación ya que la metodología de trabajo aquí presentado se enmarca dentro del aquí y ahora y lo experiencial, sin embargo, considero importante emplear el método de resolución de problemas al presente programa ya que las sesiones fueron así estructuradas. La importancia de este enfoque integrador de enfoques es por la esperanza de que el resultado de esta "fusión" resulte mejor que cada una de las terapias por separado. Además se postula que las teorías o enfoques pueden ser distintos pero las técnicas son compartidas por la mayoría de las terapias. Carl Rogers (1951)¹⁷⁴

¹⁷⁴ "Aproximaciones a la Psicoterapia: una introducción a los tratamientos psicológicos". Feixas, G. Miró, T. Ed. Barcelona: Paidós. 1993.

contribuyó también, aunque quizá de forma indirecta, al argumento de los factores comunes al defender que la psicoterapia era efectiva no tanto por el empleo de técnicas sino por el tipo particular de relación humana que establece con el cliente.

Como ya hemos mencionado, esta investigación considera lo ecléctico en cuanto a las técnicas. El mayor empeño radica en describir los procesos de cambio posibles y en trazar mapas que permitan entender dónde se halla el cliente, hacia dónde quiere ir y el camino más factible tomar.

6.1.- ORGANIZACIÓN DE LAS ACTIVIDADES.

A. ACTIVIDADES POR LA ACCIÓN:

Son ejercicios en que el medio de representación principal es a través de la acción motora, estas actividades facilitan la expresión corporal a través del movimiento, dando la posibilidad de experimentar pensamientos y sentimientos nuevos, en situaciones de interacción grupal.

Algunas estrategias utilizadas en el presente programa son:

- ♦ **JUEGOS:** Los juegos tienen por objetivo el facilitar la autonomía de las participantes, llevarlas a visualizar desde distintas perspectivas lo que las rodea y a sí mismas, y desarrollar nuevas armas de relacionarse con otros.¹⁷⁵

Lo fundamental del juego es que pueda ampliar el espectro de posibilidades de pensamiento y de acción de cada persona. Se incluye una actividad de tipo lúdico de expresión verbal y motora para que facilite la integración e interacción en el grupo, a la vez que contribuyen a la motivación y activación de procesos grupales. Además, el juego tiene una naturaleza especialmente atractiva para introducir a las participantes al grupo y motivarlas en su participación. Los juegos que he seleccionado son:

- **Botecitos:** con el objetivo de fomentar la integración e interacción grupal.

¹⁷⁵ "Actividades de grupo con adolescentes". Sepúlveda, G; Nelson, M; Emhart, J; Rodríguez, M; Castilla, A. Universidad de Chile, 1995.

- *Estatuas animadas*: cuyo objetivo es la expresión corporal y desarrollo de una imagen personal. Además para una activación del proceso personal y grupal de las participantes.

◆ **TRABAJO CORPORAL:**

Muchas son las formas de abordar la indiscutible relación de la mente con el cuerpo. Definir la palabra mente ya es complejo: para algunos mente puede ser todo lo que nos ocurre en nuestro espacio interno, inabarcable e incognoscible en su totalidad. Para la tradición budista la mente es sencillamente lo que percibe, percepción pura y simple a nivel del sistema nervioso; más específicamente significa "corazón" o "esencia", esa esencia que contiene la facultad de percibir.¹⁷⁶

Con la palabra cuerpo nos encontramos también con diversos significados; puede referirse a la existencia física, material y también se puede incluir el reconocimiento de otros cuerpos inmateriales que coexistirán con cuerpo biológico. Hablar de cuerpo también significaría hablar de corporalidad, es decir, de procesos que se generan en el propio cuerpo y que son percibidos en la subjetividad y en la otredad, es decir, en el cómo nos constituimos a través de la mirada y vinculación con otros. Finalmente, según se ha venido demostrando ya resulta difícil hablar de materia sin aludir a la realidad última de que todo sería energía, o más bien procesos energéticos.

Los enfoques "Cuerpo - Mente" intentan encarar esta compleja relación sobre la base de que lo mental, como por ejemplo, los "modos de ser" está expresado en las estructuras corporales y a su vez la corporeidad está influyendo sobre ese "modo de ser" particular.¹⁷⁷

Existen distintos enfoques cuerpo- mente y se ha observado que la mayoría de ellos trabajan con ciertos supuestos básicos:

1. El cuerpo es uno mismo.
2. El cuerpo tiene un lenguaje propio.
3. El cuerpo es una realidad única.

¹⁷⁶ "El abordaje corporal en psicoterapia" Araneda, M. Universidad Católica de Chile. Apuntes de Psicoterapia Humanista 1998.

- 4; El cuerpo es el lugar donde habitan las emociones; el placer y el displacer.
5. El cuerpo puede ser habitado con mayor bienestar y gozo de vivir.
6. Aspectos comunes de trabajo con el cuerpo son: la postura, las tensiones, la sensibilidad, el movimiento, la respiración.
7. El cuerpo vive polaridades, por ejemplo: Fragmentado v/s Unido.
Temido v/s Deseado.
Imaginado v/s Vivido.
8. El cuerpo es una fuente de sabiduría orgánica en sí misma.
9. El cuerpo es la base de la identidad del Yo.
10. el cuerpo es un puente hacia la profundidad de la persona¹.
11. El cuerpo posee una plasticidad que permite cambios; transformaciones que afectan la personalidad total.
12. Existe una relación muy directa entre autoimagen corporal, autoestima, creatividad y salud.
- 13: el cuerpo refleja lo psicológico; lo psicológico se manifiesta a través del cuerpo.

Por lo anterior, he dado una gran importancia a esta estrategias ya que la obesidad se manifiesta a través de lo corporal que es a la vez lo visible con todo lo que ello implica, esto sirve para un posterior análisis de lo encontrado en estas niñas.

Las estrategias utilizadas son:

- *Expresión corporal a través del baile:* tiene como objetivo el trabajo corporal y la expresión de emociones como alegría, pena, también estimula la creatividad y rompe barreras como la vergüenza, también es un trabajo de toma de conciencia de las sensaciones corporales. Esta estrategia fue implementada a su vez para concretizar ciertas ideas y deseos que expresaron las participantes, esto será descrito en lo ocurrido en las sesiones. Lo importante de este punto es mostrarles a las participantes cómo vivencian éstas su realidad física actual y a ponerlas en contacto con su existencia en el presente independiente de sus propios juicios y el de otros. En el punto siguiente será descrito otro procedimiento que tiene que ver con lo corporal.

¹⁷⁷ "El abordaje corporal en psicoterapia" Araneda, M. Universidad Católica de Chile. Apuntes de Psicoterapia

♦ **RELAJACIÓN:**

Se postula que los obesos mantienen un nivel basal de angustia aumentado que requiere ser regulado desde la ingesta, que estas personas comparten al menos un sistema de angustia desregulado como característica constitucional, llamado "*restricción cognitiva*", por lo tanto, la relajación corporal es un medio eficaz para aumentar la atención y la concentración en las sensaciones, emociones, sentimientos y pensamientos y dotar a las participantes a reducir la ansiedad y conseguir un estado psicológico de tranquilidad y seguridad, por lo tanto es útil para favorecer actividades que requieren reflexión personal¹⁷⁸.

Las respuesta de relajación ha sido definida como una respuesta fisiológica antagónica a la respuesta de estrés, la cual se caracterizaría por una hipertensión muscular vale decir, por la mantención de una intensa estimulación muscular.¹⁷⁹

El conocimiento sensorial es un proceso en el cual se aprendería a conectar el cuerpo con sus sentidos. Esta técnica consiste en proporcionar una serie de ejercicios que permitirían el conocimiento gradual de cada una de las partes del cuerpo y del uso que de ellas se hace.

Como podemos apreciar, la diversidad del uso de este procedimiento se explica por los objetivos que puede alcanzar.

Estos objetivos pueden resumirse básicamente en tres aspectos fundamentales:¹⁸⁰

En primer lugar, la relajación permite disminuir la activación autonómica, posibilitando alcanzar un estado hipometabólico, el cual facilita la redistribución de la energía que el organismo necesita para su adaptación. Este proceso de redistribución energética, implica liberar energía la que queda disponible para que el organismo pueda utilizarlo, cumpliendo así su función homeostática de un modo más adecuado. De esto forma, a través de la relajación podemos manejar los diversos procesos de tensión psicológica, e incidir subsecuentemente en los procesos de enfermedad y la obesidad.

Humanista 1998.

¹⁷⁸ "Actividades de grupo con adolescentes". Sepúveda, G; Nelson, M; Emhart, J; Rodríguez, M; Castilla, A. Universidad de Chile, 1995.

¹⁷⁹ "Evaluación de la efectividad de un programa de entrenamiento asertivo grupal para adolescentes que incluye técnicas de conductuales cognitivas más técnicas de darse cuenta; y conocimientos de los aportes de autoconocimiento corporal al incorporarlo a este programa". Tesis para optar a título de Psicólogo. Bernardita González: Marcela Richaud, Loreto Silva. 1988.

Por otro lado, el estado de relajación alcanzado por medio de diversas técnicas permite a la persona cerrar sus canales perceptivos a la estimulación externa y centrarse en su proceso interno posibilitando la toma de conciencia de sus núcleos conflictivos y promoviendo de este modo, un trabajo terapéutico más profundo y eficaz.

Finalmente, al tomar contacto - por intermedio de la relajación- con las imágenes kinestésicas que se generan a partir de ciertos estados corporales, la persona puede aprender a manejarlos, alcanzando así un sentido de autocontrol de sus propios procesos, lo cual permite mejorar significativamente su imagen personal.

Es importante señalar que si bien el trabajo corporal en grupo puede ser considerado como un recurso esencial de la toma de conciencia de cuerpo, éste debe formar parte de un quehacer terapéutico globalizador, donde la incorporación de técnicas cognitivas permitirían el desarrollo integral de las participantes en base al objetivo de la baja de peso.

Se utilizarán los siguientes procedimientos:

- *Relajación progresiva de Jacobson:* este método tiene por objeto la reducción progresiva y voluntaria de la constricción, tono y actividad muscular del sistema motor correspondiente, puede ser en forma focal o general, de esta manera se puede reducir y controlar la ansiedad de las participantes.

En cada uno de los ejercicios el grado de tensión experimentada, debe llegar hasta la rigidez sin dolor de los músculos involucrados; repitiéndose tres o cuatro veces, con pausas intermedias, para facilitar la toma de conciencia de los estados de tensión y de relajación.

La secuencia de relajación comprende: brazos, piernas, tronco, cuello, región ocular, boca y mandíbulas. Un punto importante es motivar a las jóvenes para la práctica diaria en casa, consiguiendo que la relajación se convierta en un hábito

- *Entrenamiento en técnicas de respiración:* tiene como objetivo dotar a las participantes de otra técnica eficaz de relajación, de forma más rápida y más práctica. La técnica utilizada es la respiración abdominal que consiste en hacer ascender el diafragma sobre la cavidad abdominal, permitiendo que el aire penetre hasta la zona

¹⁸⁰ "Imaginería y Psicosomática. Tesis para optar a título de psicólogo. Universidad Católica, 1985.

pulmonar inferior. Con esto, los pulmones obtienen la mayor cantidad posible de oxígeno, puesto que se utiliza su total capacidad aeróbica.

La adecuada respiración es la condición básica de cualquier entrenamiento en relajación.¹⁸¹

Los efectos psicológicos de la práctica de esta técnica serían, según Arrate M. 1983¹⁸²:

- La disminución de la sintomatología neuromuscular de la ansiedad, lo que facilitaría la relajación (tensión muscular, crisis de temblor, cefaleas tensionales, etc.)
- La concentración y disminución del flujo de pensamientos (Eliade M. 1961) favoreciendo la focalización de la atención en el organismo (Lefebure F. 1978) y el incremento del darse cuenta corporal (Stevens J. 1977).

B. ACTIVIDADES POR IMÁGENES.

La representación principal es a través de imágenes, generalmente visuales, que pueden ser expresadas gráficamente¹⁸³, la representación es icónica o modo icónico, que es la técnica de representar cosas por medio de imágenes, relativamente libre de acciones.¹⁸⁴

No todos los pacientes tienen como estrategia preferencial las representaciones visuales, sino que más bien pueden recurrir más frecuentemente a lo verbal o a lo kinestésico. Así, la determinación de la modalidad representacional favorita de cada paciente - de acuerdo a los criterios de Bandler y Grinder - nos permitirá un contacto terapéutico más fructífero con cada paciente particular.

Por otra parte, la representación plástica siempre es crucial, por cuanto permite al paciente expresar no verbalmente toda la carga afectiva del proceso que está viviendo. La

¹⁸¹ "Evaluación de la efectividad de un programa de entrenamiento asertivo grupal para adolescentes que incluye técnicas de conductuales cognitivas más técnicas de darse cuenta; y conocimientos de los aportes de autoconocimiento corporal al incorporarlo a este programa". Tesis para optar a título de Psicólogo. Bernardita González: Marcela Richaud, Loreto Silva, 1988.

¹⁸² "El abordaje corporal en psicoterapia" Araneda, M. Universidad Católica de Chile. Apuntes de Psicoterapia Humanista, 1998.

¹⁸³ "Actividades de grupo con adolescentes". Sepúlveda, G; Nelson, M; Emhart, J; Rodríguez, M; Castilla, A. Universidad de Chile, 1995.

¹⁸⁴ "Somos personas". Sepúlveda, G; Larraín, S

plástica da substancialidad a las imágenes del paciente y las hace reales para él, con lo cual se favorece el proceso terapéutico.

Estas imágenes pueden expresarse preferencialmente a través del dibujo, como también a través de la escultura, la danza, la pantomima, etc.

Debemos considerar además, que cualquier paciente requiere tiempo, motivación y apoyo. El enfrentamiento no es fácil, de modo que no es conveniente esperar una descripción inmediata de la imagen.

Resulta muy útil explicar además al paciente, que el cuerpo comprende mejor el lenguaje de las imágenes, pero no así el de las palabras, con el cual tiene mayores dificultades.¹⁸⁵

Algunas estrategias son:

- ♦ **TÉCNICAS GRÁFICAS:** Las cuales se vieron representadas en el uso de dos procedimientos.
- **Automonitoreo y autorregistros:**¹⁸⁶ es importante que las participantes se impliquen de forma activa en su tratamiento. Se les pide que lleven un registro diario del tipo y cantidades de comida que ellos ingieran y el valor calórico de las mismas, para ello se les facilita una tabla de calorías. El objetivo principal es que tomen conciencia de lo que comen en cada momento y de las variables que controlan la ingesta, esto apunta al entrenamiento de autocontrol que se pretende con el trabajo terapéutico. Se les pide un autorregistro de la actividad física ya que es importante que se establezca un aumento paulatino de ésta. Por último se lleva un autorregistro del peso semanal, las pacientes son pesadas en las sesiones semanales. Esta técnica se les explica en las entrevistas individuales, antes de comenzar con las sesiones grupales, en las sesiones grupales se lleva un control de cada una al final de cada sesión.
- ♦ **Reestructuración cognitiva:** Hacia el año 1960, el enfoque conductual comenzó a ampliarse, considerando las variables intervinientes de la conducta (pensamientos, ideas, creencias como científicamente legítimas y clínicamente indispensables. Esto

¹⁸⁵ "Imaginería y Psicopatología". Tesis para optar a título de psicólogo. Universidad Católica. 1985.

¹⁸⁶ "Psicología de la salud", Dr. Jorge Luzoro. Cap. III "Evaluación y tratamiento de la obesidad". Ma Nieves Vera, Ma Carmen Fernández; Ma Nieves Pérez. Universidad de Granada. Ed. Bravo y Allende Editores, 1999.

permitió dar respuesta a una serie de interrogantes que no eran consideradas dentro del restringido esquema clásico de esta teoría.¹⁸⁷

Los procedimientos terapéuticos basados en este enfoque se orientarían a la reestructuración de los sistemas de creencias inadecuados.

Lazarus A.¹⁸⁸, define la Reestructuración Cognitiva como "el proceso mediante el cual los individuos llegan a tomar conciencia de sus propios patrones de pensamiento, que los llevan a realizar conductas poco efectivas, para así poder cambiar estos procesos de pensamiento por unos más productivos".

Los objetivos que se pretenden alcanzar en las sesiones terapéuticas a través de estos procedimientos serían los siguientes:

- a) Ayudar a los participantes a desarrollar un sistema de creencias asertivo, que valore sus derechos personales y los de los otros.
- b) Enseñar a las participantes a reconocer sus ideas irracionales y catastróficas, y reemplazarlas por ideas y expectativas más racionales respecto a su propia identidad y la de los demás.
- c) Ayudar a las participantes del grupo a desarrollar sus propias capacidades cognitivas para comportarse en pos de perseguir la meta que se han propuesto, es decir, lograr bajar de peso.

La Reestructuración Cognitiva dentro del trabajo grupal, supone la exploración de los procesos cognitivos de sus miembros. Así, el terapeuta en conjunto con los participantes, trataría de detectar el sistema de creencias de cada individuo, las características de sus diálogos internos, autopercepciones y expectativas en relación a la obesidad y el cambio de conducta alimenticia, de manera de identificar el desarrollo cognitivo existente.

¹⁸⁷ "Evaluación de la efectividad de un programa de entrenamiento asertivo grupal para adolescentes que incluye técnicas de conductuales cognitivas más técnicas de darse cuenta; y conocimientos de los aportes de autoconocimiento corporal incorporarlo a este programa". Tesis para optar a título de Psicólogo. Bernardita González: Marcela Richaud, Loreto Silva, 1988.

¹⁸⁸ "Evaluación de la efectividad de un programa de entrenamiento asertivo grupal para adolescentes que incluye técnicas de conductuales cognitivas más técnicas de darse cuenta; y conocimientos de los aportes de autoconocimiento corporal incorporarlo a este programa". Tesis para optar a título de Psicólogo. Bernardita González: Marcela Richaud, Loreto Silva, 1988.

Ellis A., 1955, 1962, 1971, 1974, 1975,¹⁸⁹ sostiene que el sistema de creencias de un individuo influirá directamente sobre sus emociones y conductas de manera tal, que las causas de los comportamientos desadaptativos radicarían en una serie de ideas irracionales que ha ido integrando a su esquema cognitivo.

Para dicho autor, una idea irracional se caracterizaría por:

- Ser empíricamente falsa, es decir, que no puede ser probada.
- Estar planteada en términos absolutistas.
- Tener consecuencias autodestructivas para el sujeto.

Los pensamientos y monólogos privados ejercen un rol crítico en mantener y controlar la obesidad. Modificarlos es muy importante para evitar recaídas. Cómo interpreta un adolescente las violaciones al régimen es más gravitante que la transgresión misma. La típica reacción negativa es atribuirla a su propia incapacidad para regular el peso y descontar sus éxitos previos, produciéndose un sentimiento de desamparo. Otro ejemplo es la racionalización: "ya fallé. Mejor seguiré comiendo el resto del día y mañana recupero". Para resistir estas cogniciones negativas ante los retrocesos es necesario inducir expectativas de autoeficacia (Bandura). Se usan estrategias de anticipar posibles transgresiones, saber negociarlas, mediante imaginaria y dramatizaciones, autoinstrucciones, autoafirmaciones, autoevaluaciones, definición de las situaciones, etc. Las técnicas cognitivas pueden contrarrestar el tiempo que transcurre entre el comer y las consecuencias aversivas últimas. El sujeto aprende un repertorio verbal para decirse a sí mismo sobre las consecuencias y evocarlas en el momento que esté en una situación que le provoque una gran inclinación a comer. Se utilizarán tarjetas donde las participantes escribirán los pensamientos negativos.

♦ **IMAGINERÍA:**^{190,191}

Es un proceso de fantasía guiada, a través del cual se reelabora o reestructura la experiencia, al representarse situaciones, personas u objetos, que pueden o no existir

¹⁸⁹ "Evaluación de la efectividad de un programa de entrenamiento asertivo grupal para adolescentes que incluye técnicas de conductuales cognitivas más técnicas de darse cuenta; y conocimientos de los aportes de autoconocimiento corporal incorporarlo a este programa". Tesis para optar a título de Psicólogo. Bernardita González: Marcela Richaud, Loreto Silva, 1988.

¹⁹⁰ "Imaginaria y Psicósomática. Tesis para optar a título de psicólogo. Universidad Católica, 1985.

¹⁹¹ Apuntes de clase. Cátedra de Psicología Clínica Adultos enfoque Humanista, 1999.

realmente variando el mundo espacial y temporal.¹⁹² El objetivo es que se logre un darse cuenta pleno, que se consigue por medio de una identificación con la experiencia personal en el aquí y ahora, apunta a un reconocimiento de la propia experiencia sin juzgarla como buena o mala. Así se enfrenta la experiencia, no se evita, que es lo que produce una reducción del vivenciar. Al lograr que las jóvenes logren reconocer las experiencias, pueden afrontarlas de una manera más sana y se produce al mismo tiempo una aceptación de ellas mismas, además posibilita un autoconocimiento interno, este modo es la base de la idea budista de que la concentración total y la meditación sobre cualquier cosa puede conducir a un completo conocimiento de nuestra naturaleza interior, por otra parte, lo que una persona experimenta tiene que ver con lo que es y de cómo vive su existencia.¹⁹³

La imaginaria está ligada al concepto de Imagen Mental que según Richarson es una experiencia cuasisensorial o cuasi- perceptual de la cual el individuo está autoconsciente, que se da en ausencia de aquellos estímulos que producen su equivalencia perceptual genuina y que espera que tenga consecuencias diferentes que las que tiene dicho equivalente perceptual.

Por lo tanto, una Imagen Mental se sustenta en los remanentes mnémicos de los estímulos percibidos, que no se encuentran actualmente presentes en el campo sensorial del individuo de modo que involucra una reactivación de aquellos proceso neurofisiológicos del organismo, que fueron activados durante la experiencia perceptual original, pero sin la estimulación directa de los receptores sensoriales.

Una Imagen Mental, al ser independiente de los objetos externos actuales, puede referirse al pasado, presente o futuro; puede representar situaciones, objetos o personas que no están temporal ni espacialmente presentes en los sentidos de los individuos, trasciende el aquí y el ahora.. es un fenómeno personal , y en tal sentido ligado a la subjetividad inherente de cada persona.. se puede señalar que las Imágenes Mentales reproducen elementos de percepciones pasadas, que cumplirían un rol dentro de la estructura cognitiva de cada persona, en relación al procesamiento y almacenamiento de la información obtenida de experiencias anteriores, en base a las cuales las personas generan un modelo o imagen del mundo interior y exterior.

¹⁹² "Actividades de grupo con adolescentes". Sepúveda, G; Nelson, M; Emhart, J; Rodríguez, M; Castilla, A. Universidad de Chile, 1995.

¹⁹³ "El darse cuenta". Stevens.

Ahora, si bien cada autor tiende a fundamentar el uso y los logros terapéuticos obtenidos con imágenes, en concordancia con la propia línea teórica, existen ciertos puntos nucleares a la base, atribuibles claramente a los propiedades de lo imagen mental que dan cuenta de lo efectividad de estas técnicas.

Para revisar estos puntos, podemos partir considerando tres aspectos fundamentales de los imágenes:

a) *La imagen como representación de la realidad*: las imágenes mentales constituyen representaciones cuasi-sensoriales que codifican holística y simultáneamente diversos aspectos de la realidad, guardando de este modo una información de importante significación experiencial para el sujeto.

Así, por una parte, los contenidos entregados por las imágenes poseen un valor diagnóstico, en cuanto nos proporcionan un material que contiene experiencias y aprendizajes de situaciones pasadas, las que probablemente estén influyendo activamente en las conductas actuales.

Por otra parte, en el aspecto terapéutico, los cambios en los imágenes que efectuamos durante la terapia constituyen una alteración real de información almacenada a nivel cognitivo, lo que sufre un cambio de significado, posible de generalizarse en la conducta abierta.

Modificando así la estructura cognitiva, cambiamos la experiencia almacenada y el sistema de creencias del individuo, resultándonos posible recondicionar las respuestas de la persona a determinadas situaciones.

Las imágenes nos permiten también probar en un contexto "protegido", nuevas alternativas de conducta, "como si" fueran una conducta real, seleccionando aquella que resulta más adaptativa al medio externo, y más acorde al mundo interno de las participantes. Esta nueva alternativa conductual puede ser repetida las veces que sea necesario antes de ser llevada a la práctica, la que supone un entrenamiento cubierto de nuevas habilidades (ensayo mental).

Gracias a esto, el sujeto adquiere un mayor sentido de autocontrol, lo que genera efectos positivos sobre su autoimagen, motivándolo a un continuo desarrollo personal, creándose expectativas positivas de cambio y avance en el contexto de una nueva "profecía autocumplida"

Por otro lado, el trabajo de revivenciar imaginariamente - con toda su carga afectiva - situaciones del pasado que resultaron dolorosas o conflictivas, posee un importante valor catártico, permitiendo además resolver conflictos y/o cerrar situaciones inconclusas.

En otro ámbito, al recrear en las imágenes situaciones frente a las cuales no se poseen respuestas adecuadas, el sujeto puede tomar una mayor conciencia sobre sí mismo y sobre las variables externas que han influido sobre su conducta. Se posibilita así un mayor insight, tanto acerca de los propios conflictos, como de las herramientas básicas que la propia personalidad y las experiencias vitales ponen a su disposición para solucionar las dificultades.

b) La función simbólica de las imágenes mentales: de acuerdo a lo planteado por Espinosa, Ringler y Winkler " el hecho de que el significado se exprese en forma de imágenes simbólicas aporta dos ventajas en el trabajo con técnicas de imaginaria".

Las imágenes simbólicas ocultan el sentido real de lo que están expresando y permiten " rodear" o "engañar" al sistema defensivo de las jóvenes (Reyher, 1963)¹⁹⁴ llegando de una forma más fácil a conocer los núcleos neuróticos. Esto ocurre dado que las imágenes simbólicas - como función predominante del sistema hemisférico derecho- no están sujetas a los sistemas de filtro que realiza, a través del procesamiento lógico, el sistema hemisférico izquierdo. En tal sentido, las imágenes simbólicas actuarían como una radiografía del mundo psicológico de la persona, lo que facilita el diagnóstico y la planificación de una acción terapéutica eficaz.

Por otra parte, las imágenes simbólicas permiten al individuo enfrentarse protegidamente con eventos del mundo interno o externo que le resultan amenazadores o atemorizantes, y a los cuales conscientemente no se atreve a enfrentar. El sujeto al verse enfrentado a la multiplicidad de significados de una sola imagen, decodifica y comprende sólo aquello que está capacitado para comprender en un cierto momento de su vida.

c) Imagen como lenguaje organísmico: la Imagen Mental, por sus características representativas y simbólicas, constituye una forma de comunicación con el mundo interno, y que en tal sentido, es el lenguaje más apropiado para relacionarse consigo mismo.

¹⁹⁴ "Imaginaria y Psicósomática. Tesis para optar a título de psicólogo. Universidad Católica, 1985

Las imágenes mentales constituyen un lenguaje organísmico, que da cuenta de todos los procesos que ocurren dentro de nosotros (cualquier cambio, avance, estancamiento o retroceso del proceso de desarrollo interno de la persona) ya que, de acuerdo a Jung, las imágenes comprometen, en su formación y significado, todos los niveles del organismo psíquico humano.

En tal sentido, al trabajar con técnicas de imaginaria "hablamos" el mismo lenguaje que el organismo del sujeto, lo que nos permite comprender más profundamente el significado de muchas de sus manifestaciones simbólicas. Nos relacionamos directamente con el lenguaje más propio del sistema hemisférico derecho, con todo lo que eso implica.

De esta forma, las imágenes mentales, por ser una función del organismo, son intrínsecamente curativas, cumpliendo una función primordial en el desarrollo de los procesos naturales de autorregulación, integración y compensación de los aspectos conscientes e inconscientes de la psique humana.

En síntesis, la efectividad psicoterapéutica de las imágenes mentales se basa en sus características representativas y simbólicas a la par del hecho de constituir un lenguaje organísmico, fundamentalmente ligado a la homeostasis del mundo interno del individuo.

Se explica además su efectividad, por su profunda relación con la vida emocional del individuo; como vimos, imágenes y emociones se desarrollan juntas, de modo que la imagen es capaz de evocar y representar cualquier emoción simbólicamente, y de esta forma, al actuar sobre las imágenes de la persona, actuamos paralelamente sobre la vivencia emocional representada por ello, permitiendo que sus contenidos y su energía vital puedan ser asimilados y utilizados por la conciencia en su labor adaptativa.

Las estrategias que se utilizarán serán las siguientes:

- *"Diálogo del síntoma"*: los objetivos son: - mejorar el conocimiento propioceptivo del cuerpo; - descubrir diferentes partes del cuerpo; - discriminar los grados de conciencia de cada una de las partes del cuerpo y; - adecuar la propia imagen corporal con la imagen percibida por los otros. Lo importante de esta técnica, es que lo que se experimenta como fantasía, es un hecho, un hecho que debe ser respetado y explorado, más aún si se va hacer uso de él.

- *Situación sí-no:* cuyo objetivo es que las participantes reconozcan las diferentes situaciones en que le hubiera gustado decir 'no' y dijeron 'sí', esto porque se postula que las personas obesas tienen problemas con el manejo asertivo ya que, muestran dificultades para reconocer sus sentimientos, ideas y necesidades de un modo satisfactorio lo que dificulta sus relaciones interpersonales, se aíslan socialmente por ser objeto de burla en muchas ocasiones, lo que les provoca sentimientos de vergüenza y pena, al no saber manejar esas situaciones le provoca un aumento en el nivel de ansiedad con la consecuente ingesta mayor de comida.
- *Elijo que Tengo que:* el sujeto en desarrollo sería el responsable de lo que le está sucediendo aquí y ahora, captando su experiencia tal como se le presenta y haciéndose cargo de sus actos, impulsos y sentimientos. El sujeto inhibido por su parte, evitaría hacerse responsable de su propia existencia, derivando la responsabilidad de sus actos a otros o a su ambiente físico, generalmente de un modo inespecífico. Se trabajaría, en un proceso de darse cuenta, de las elecciones que cada una de ellas hace cada vez que enfrenta una situación de comer, una situación de aislamiento social, etc.
- *Reencuadre:* los autores parten de la base de que cualquier conducta humana se asienta sobre la opción primaria, consciente e inconsciente, que el individuo percibe generalmente como única. Sin embargo, para Bandler y Grinder, toda persona posee internamente los recursos para cambiar, siempre y cuando éstos sean incluidos en el contexto situacional donde son más necesarios. En la medida que las imágenes 'toca' cada una de las áreas del ser humano facilita una nueva interacción entre ellas, por lo que el objetivo de esta estrategia es fomentar la integración y comunicación entre las partes del cuerpo que tienen que ver con una conducta que se desea cambiar. También se busca cambiar la perspectiva conceptual o emocional de una situación, reubicándola en un contexto nuevo donde coincida igual o mejor con las necesidades reales de la persona. Por último, partiendo de la noción que cualquier conducta tiene una función positiva en alguna situación pasada o presente, esta técnica facilita la comprensión cognitivo-afectiva de dicha función o la así llamada "intención de la parte".

C. ACTIVIDADES VERBALES.^{195/196}

Implican la utilización de la representación verbal. Las estrategias utilizadas son.

- ◆ **COMPARTIR GRUPAL:** permiten la libre expresión de ideas y opiniones, facilitando mayor profundización comprensión de la experiencia, y la contrastación de distintos puntos de vista. Los procedimientos serán.
 - **Tareas:** Kanfer F., 1980, las ha conceptualizado como esfuerzos tentativos hacia nuevos repertorios conductuales y nuevos estilos de vida que serían reforzados en el medio natural de los clientes. Los propósitos de esta técnica serían los siguientes:
 - ✓ Responsabilizar al cliente en el cambio de su propia conducta.
 - ✓ Reducir la creencia de que el cambio es imposible.
 - ✓ Dar oportunidad de auto-observación y clarificación de sus conductas relacionadas con la ingesta excesiva.
 - ✓ Permitir o facilitar la generalización de las conductas aprendidas en las sesiones al ambiente natural.
 - ✓ Permitir la percepción del medio en una forma nueva, al intentar pequeños cambios conductuales que alteraran la estructura de su ambiente físico-social.

Se haría necesario, para el logro de dichos objetivos, de:

- ✓ La participación activa del cliente en su planificación.
- ✓ El establecimiento de metas realistas para minimizar las posibilidades de fracaso.
- ✓ La graduación de tareas, de manera que el logro de una simple de paso a una más compleja.
- ✓ Esto se facilitaría por la evaluación constante del cliente. El terapeuta y miembros del grupo a través de informes sobre progresos y por el descubrimiento de dificultades en su realización.

Esto se haría con la colaboración de las mismas personas del grupo, estableciendo metas realistas y graduando las tareas a cumplir empezando por una simple a una más

¹⁹⁵ "Actividades de grupo con adolescentes". Sepúlveda,G; Nelson,M; Emhart,J; Rodríguez,M;Castilla,A. Universidad de Chile, 1995.

¹⁹⁶ "Somos personas". Sepúlveda,G; Larrain,S

compleja, estas tareas tendrán que ver tanto con la conducta del comer como en otros aspectos tratados en las sesiones.

- **Retroalimentación:** las pacientes deben recibir información inmediata sobre la ejecución manifiesta de sus conductas de manera que se vaya adquiriendo progresivamente un nivel de ejecución más idóneo. Esto se hará cuando las situaciones lo requieran, principalmente cuando haya una baja de peso.
- ◆ **Control de estímulos:** se refiere a eventos que preceden a la conducta de comer. Una causa frecuente de falta de autocontrol en la persona obesa puede ser la gran variedad de circunstancias en que el comer ocurre. La disposición a comer puede reducirse estrechando el rango de estímulos que son ocasión para comer, y romper el condicionamiento, logrando que la situación ocurra, sin ser seguida por comida, en forma repetida. Se restringe la comida a ocasiones limitadas y estrechamente circunscritas. El lugar de comer debe ser retirado de las actividades rutinarias. No debe ocurrir la comida junto con cualquier otra actividad, como leer o ver televisión. La meta es de tres comidas completas al día solamente. El objetivo es prevenir que las pacientes se exponen a la ingesta indebida de los alimentos, por lo que se les sugiere: no ir de compras antes de comer, guardar los alimentos apropiadamente, evitar disponer de alimentos "peligrosos", comer despacio, en bocados pequeños, dejar un poco de comida en el plato, planear las actividades sociales involucradas con comer. Eso se hará cuando se compartan las experiencias en forma grupal.
- ◆ **DIALOGO GRUPAL:** permitirá el análisis de las diferentes conductas realizadas por las participantes. Las personas obesas, debido a múltiples fracasos en la baja de peso, no saben qué hacer para enfrentar diversas situaciones, y prosiguen con cadenas conductuales que no son apropiadas y que, a la larga se convierten en un círculo vicioso, con la consecuente aparición de los sentimientos como culpa, pena, vergüenza y desesperanza, se utilizará la estrategia de solución de problemas para una mejor comprensión de los problemas presentados por las participantes para el enfrentamiento de situaciones, esto con el objetivo que las participantes logren identificar y definir claramente las dificultades relacionadas con el peso, encontrar alternativas de soluciones para manejar el problema. Para ello se utilizarán 5 fases: 1. - Identificar las situaciones problemáticas; 2. - Definir el problema; 3- Listado de alternativas; 4.-

Selección de alternativas; 5. – Evaluar los resultados. Los procedimientos utilizados son:

- *No digas 'sí' cuando quieras decir 'no'*: esto tiene como objetivo el aprender a comer en situaciones sociales, pedir menús hipocalóricos, rechazar alimentos “peligrosos” (Aprender a decir NO en situaciones sociales; Responder a las críticas; Responder a un cumplido).

7. - OBJETIVOS.

Generales.

1. – Diseñar y evaluar un programa de apoyo psicológico a adolescentes mujeres que presentan problemas de sobrepeso u obesidad.

Específicos:

1. Desarrollar una revisión bibliográfica acerca de los aspectos relacionados con el tema de la obesidad.
2. Crear e implementar una instancia grupal, donde a través de procedimientos psicoterapéuticos de imaginación, reestructuración cognitiva, trabajo corporal, aprendizaje en técnicas de relajación y autorregistros se produzca una disminución del peso inicial.
2. – Aplicar el programa que consiste en un conjunto de procedimientos psicoterapéuticos.
3. – Describir, analizar y discutir lo ocurrido durante la realización del programa.

8. - ASPECTOS METODOLÓGICOS:

1.1 Tipo de estudio a realizar:

El presente, es un estudio exploratorio que corresponde a un diseño preexperimental, en el cual se realizará una comparación pre-post intervención de la variable dependiente relación peso/ talla siendo la variable independiente el conjunto de procedimientos psicoterapéuticos que constituyen el programa.

Este tipo de diseño ha recibido bastantes críticas en la literatura experimental, porque se muestra vulnerable en cuanto a la posibilidad de control y validez interna, por lo que se usa

sólo como ensayo de otros experimentos con mayor control, por lo que conviene ensayar el experimento mediante un diseño preexperimental (hacer una prueba piloto) como se realiza en el presente estudio. Por otra parte, cabe destacar que en ciertas ocasiones, los diseños experimentales que pueden observarse como estudios exploratorios, son útiles como primer acercamiento con el problema de investigación en la realidad, pero no como el único y definitivo acercamiento. Abren camino, pero de ellos deben derivarse estudios más profundos, tal como se plantea en la presente investigación. Este es el primer paso en una línea de investigación que pretende recabar información respecto al tema del control de la obesidad en jóvenes adolescentes y, de esta manera, hacer estudios experimentales posteriores.¹⁹⁷

1.2 Hipótesis de Investigación.

Por el hecho de tratarse de un estudio de tipo exploratorio, no necesariamente se plantean hipótesis, pero se puede postular que:

La implementación del programa producirá en las participantes, un cambio en el cociente de la relación peso/talla en el sentido de la disminución del peso.

1.3 Definición de variables.

1. **Variable dependiente:** obesidad.

Definición conceptual: Es la presencia de una cantidad excesiva de grasa corporal que se traduce en un aumento en la cantidad de tejidos grasos en relación con la masa magra corporal (cociente peso/talla).

Definición operacional: medida indicada en una balanza y medición de la altura con una cinta métrica, dando como producto un IMC mayor que 27 o peso superior al 20% del peso para la talla y sexo.

1. **Variable independiente:** programa de apoyo psicológico para adolescentes obesas.

Definición conceptual: Conjunto de procedimientos psicoterapéuticos basados en el enfoque humanista- experiencial y tomando elementos del enfoque cognitivo, que apuntan

¹⁹⁷ Hernández, R., Fernández, C., Baptista, P. 1998. "Metodología de la investigación".

a un mayor autoconocimiento y fortalecimiento interno básico, al control de la ansiedad y de la ingesta excesiva, al conocimiento corporal y al enfrentamiento de problemas.

Definición operacional: Trabajo terapéutico de cada una de las personas al interior de una experiencia grupal, en sesiones de aproximadamente 90 minutos una vez por semana, durante 12 sesiones.

♦ **Procedimientos psicoterapéuticos:**

Las sesiones se organizan basándose en diversas actividades las cuales utilizan diferentes formas de representación de la realidad, esto con el fin de conseguir los objetivos planteados en el programa. Las experiencias personales se organizan y perciben en diferentes formas de representación, que serían, según Brunner (1984), las estructuras del conocimiento. Por ello se utilizarán estas tres formas de representación que ya fueron descritas.

A) **ACTIVIDADES POR LA ACCIÓN:** donde la representación es por la acción, llevándose a cabo por medio de la actividad misma. Las estrategias utilizadas serán:

- ♦ **JUEGO:** tienen como objetivo facilitar la autonomía de las participantes y desarrollar nuevas formas de relacionarse con otros. Los procedimientos específicos serán:
 - *Estatuas animadas:* cuyo objetivo es la expresión corporal y desarrollo de una imagen personal.
 - *Expresión corporal a través del baile:* tiene como objetivo el trabajo corporal y la expresión de emociones, trabajo de toma de conciencia de las sensaciones corporales.
- ♦ **RELAJACIÓN:** como medio eficaz para aumentar la atención y la concentración en las sensaciones, emociones, sentimientos y pensamientos y dotar a las participantes a reducir la ansiedad y conseguir un estado psicológico de tranquilidad y seguridad. Se utilizarán dos formas:
 - *Relajación progresiva de Jacobson:* este método tiene por objeto la reducción progresiva y voluntaria de la constricción, puede ser en forma focal o general.

- *Entrenamiento en técnicas de respiración:* tiene como objetivo dotar a las participantes de otra técnica eficaz de relajación, de forma más rápida y más práctica.

B) ACTIVIDADES POR IMÁGENES: la representación es a través de imágenes, generalmente visuales. Las estrategias utilizadas serán:

- ♦ **TÉCNICAS GRÁFICAS:** se utilizarán las siguientes:
 - *Automonitoreo y autorregistros:* Se les pide que lleven un registro diario del tipo y cantidades de comida que ellos ingieran y el valor calórico de las mismas, para ello se les facilita una tabla de calorías. El objetivo principal es que tomen conciencia de lo que comen en cada momento y de las variables que controlan la ingesta.
 - *Reestructuración cognitiva:* Los pensamientos y monólogos privados ejercen un rol crítico en mantener y controlar la obesidad. Modificarlos es muy importante para evitar recaídas.
- ♦ **IMAGINERÍA:** El objetivo es que se logre un darse cuenta pleno, que se consigue por medio de una identificación con la experiencia personal en el aquí y ahora. Las estrategias que se utilizarán serán las siguientes:
 - *“Diálogo del síntoma”:* Lo importante de esta técnica, es que lo que se experimenta como fantasía, es un hecho, un hecho que debe ser respetado y explorado, más aún si se va hacer uso de él.
 - *Situación sí-no:* cuyo objetivo es que las participantes reconozcan las diferentes situaciones en que le hubiera gustado decir ‘no’ y dijeron ‘sí’.
 - *Elijo que Tengo que.*
 - *Reencuadre:* El objetivo de esta estrategia es fomentar la integración y comunicación entre las partes del cuerpo que tienen que ver con una conducta que se desea cambiar.

C) ACTIVIDADES VERBALES: que implican la utilización de la representación verbal. Se utilizarán los siguientes:

- ◆ **COMPARTIR GRUPAL**: permite la libre expresión de ideas y opiniones. Serán los siguientes:
 - *Tareas.*
 - *Retroalimentación*: las pacientes deben recibir información inmediata sobre la ejecución manifiesta de sus conductas de manera que se vaya adquiriendo progresivamente un nivel de ejecución más idóneo.
 - *Control de estímulos*: previene a las pacientes a que se expongan a la ingesta indebida de los alimentos, por lo que se les hace sugerencias.
- ◆ **DIALOGO GRUPAL**: permitirá el análisis de las diferentes conductas realizadas por las participantes. Las actividades serán:
 - *No digas 'sí' cuando quieras decir 'no'.*

1.4 Definición y características del Universo y de la Muestra.

Universo: adolescentes obesas (IMC mayor que 27) que han hecho más de dos dietas para bajar de peso.

Muestra: la muestra del presente estudio es de tipo intencionada. El grupo con el que se realizó el estudio fue de 7 jóvenes entre 16 y 23 años.

Hubo deserción de 2 de las jóvenes, por lo que la muestra con que se analizaran y presentaran los resultados consta de 5.

8.5 Selección de la muestra:

Para conformar el grupo con el cual se realizó el trabajo, se conversó con una doctora endocrinóloga y una profesora de aeróbica que enviaron a las niñas. Postularon 9 jóvenes.

Variables de muestreo: con el objetivo de minimizar la interferencia de factores o variables intervinientes en los resultados de la investigación, se establecieron restricciones a la muestra final.

- ◆ Ausencia de trastorno mental.
- ◆ No estar en psicoterapia.
- ◆ Haber hecho más de dos dietas con máximo un mes de adherencia, con una recuperación del peso perdido.

- ◆ IMC mayor que 27.
- ◆ Motivación, compromiso por participar.
- ◆ Apta para el trabajo en grupo.
- ◆ Evaluación médica anterior para descartar enfermedades de origen biológico que están descritas como CAUSA de obesidad.

Los motivos que dejaron a dos personas fuera del trabajo fueron porque una no era apta para trabajo en grupo (presentó una evidente desconfianza por el hecho de ser un estudio) y la otra por presentar hipotiroidismo, a cada una de las restantes se les realizó una entrevista personal que constó de 2 partes, una semiestructurada y la otra un cuestionario acerca de las conductas de alimentación. Posteriormente se les aplicó el test de Zulliger, con el objetivo de descartar patología y para ver si eran aptas para el trabajo en grupo. Las entrevistas duraron aproximadamente 45 minutos y fueron realizadas en una sala de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Chile.

Características de la muestra: a continuación se presenta dos cuadros con las características más importantes.

Cuadro 1: Características de la muestra.

nombre	edad	estudios	Vive con...	Rel. sociales	Definición de si misma	antecedentes médicos.	Preferencias alimentarias
Bárbara	16	2º Medio	Su madre y hermana.	Pocos amigos, satisfactorias.	Tímida, cariñosa, amistosa.	Sin hallazgos importantes.	Dulces, chocolate.
Elizabeth	21	E.Media completa	Sus padres y hermano.	Satisfactorias	Ansiosa, amistosa, trabajadora.	Sin hallazgos importantes	Papas fritas, hamburguesa, chocolate.
Grisel.	21	Estudia en INACAP	Sus padres y hermano.	Pocos amigos, satisfactorias	Buena para comer, fiel, buena compañera.	Sin hallazgos importantes	Los dulces y cosas saladas.
Marcia	23	Estudios superiores.	Su madre, abuelos, tía.	Muchos amigos, satisfactorias	Juguetona, alegre, cariñosa, buena consejera.	Sin hallazgos importantes	Dulces de toda clase, chocolate.
Tamara	16	2º Medio	Sus padres y hermana.	satisfactorias	Preocupada por los demás, cariñosa, alegre, buena amiga.	Sin hallazgos importantes	Dulces, caramelos, chocolate, pan dulce.

*** todas refieren comer cuando está sola la mayor parte de las veces y cuando están nerviosas.

8.6 Procedimientos e Instrumentos:

- a) Test de Zulliger.
- b) Medición del peso a través de una balanza.
- c) Cuestionario de sobrepeso.

8.7 Planteamiento de criterios que garanticen la confiabilidad y la validez.

- ◆ *Del experimento:* El presente es un estudio de carácter exploratorio ya que el objetivo es examinar un tema que, aunque ha sido ampliamente estudiado, no se encontraron antecedentes de programas psicológicos de apoyo para una reducción de peso. Además se ha realizado con el objetivo de llevar a cabo una investigación más completa y no como un fin en sí mismo. Por su carácter preexperimental, no hay manipulación ni grupo de comparación y presenta problemas de validez interna, por presentar limitaciones en el control de variables.
- ◆ *Del instrumento:* Con respecto a las variable peso, en el presente estudio se utilizó una balanza. Se confrontó la precisión de ésta con la confrontación de una romana.

8.8 Técnicas de análisis para el tratamiento de los datos: estadísticos posibles de utilizar y niveles mínimos de significación.

Se utilizarán técnicas tanto cualitativas como cuantitativas, entre la cuantitativa está la prueba de los signos con un nivel de significación de 0,05, y en lo cualitativo se hará un análisis sesión a sesión, realizando un análisis de los contenidos surgidos en las sesiones.

9. RESULTADOS.

9.1 - ANÁLISIS CUANTITATIVO.

9.1.1 Comprobación de la hipótesis.

La hipótesis planteada es: "La implementación del programa producirá en las participantes, un cambio en el cociente de la relación peso/talla en el sentido de la disminución del peso".

Los datos se presentan en la siguiente tabla:

Tabla N°1: Valores de la variable evaluada antes y después del tratamiento.

	PESO ANTES	PESO DESPUES	IMC ANTES	IMC DESPUES
BÁRBARA	75 kg.	68 kg.	29.29 ob. Grado I	26.56 normalidad.
ELIZABETH	78.100 kg.	74 kg.	31.28 ob. Grado II	29.64 ob. Grado I
GRISEL	77.500 kg.	74kg.	31.84 ob. Grado II	30.40 ob. Grado II límite con ob. Grado I
MARCIA	85.100 kg	80,800 kg.	35.38 ob. Grado III	33.63 ob. Grado II
TAMARA	80.500 kg	75 kg.	33.07 ob. Grado II	30.81 ob. Grado II límite con ob. Grado I.

9.1.2. – La prueba de los Signos.

Para verificar la hipótesis planteada se procedió a la aplicación *de la prueba de los signos* que es una prueba no paramétrica, esta prueba de los signos debe su nombre al uso de los signos más o menos en la medición en lugar de cantidades. Es particularmente útil cuando la medición cuantitativa es imposible, no es práctica o el número de casos es demasiado pequeño. Es aplicable al caso de dos muestras relacionadas cuando el experimentador desea establecer que ambas condiciones son diferentes. Cada sujeto puede ser su propio control.¹⁹⁸

- ♦ *Hipótesis de nulidad:* "La implementación del programa no producirá en las participantes, ningún un cambio en el cociente de la relación peso/talla en el sentido de

¹⁹⁸ - Estadística no paramétrica aplicada a las ciencias de la conducta". Siegel, Sidney. Biblioteca técnica de Psicología. Ed. Trillas, 1976.

la disminución del peso, la mitad de las participantes disminuirán de peso y la otra mitad se mantendrán igual o subirán de peso.”

- ♦ *Prueba estadística:* la diferencia de peso se expresa con un signo, positivo (+) para el sentido de la disminución del cociente de la relación peso/talla, cero (0) para la mantención o el cambio, hacia un aumento, del cociente de la relación peso/talla.
- ♦ *Nivel de significación:* Sean $\alpha = 0.05$ y N el número de participantes que disminuyeron su peso, $= 5$.

La siguiente tabla muestra el peso antes y después del tratamiento, con sus respectivos signos.

Tabla N° 2: Cambio evidenciado por los sujetos después del tratamiento expresados a través de la prueba de los signos.

NOMBRE	PESO ANTES	PESO DESPUES	DIRECCIÓN DE LA DIFERENCIA.	SIGNO
BÁRABARA	75 KG.	68 KG.	PA > PD	+
ELIZABETH	78.100 KG.	74 KG.	PA > PD	-
GRISEL	77.500 KG	74 KG.	PA > PD	+
MARCIA	85.100 KG	80.800 KG.	PA > PD	+
TAMARA	80.500 KG.	75 KG.	PA > PD	+

PA= Peso antes del tratamiento.
PD= Peso después del tratamiento.

9.1.3. - Conclusión.

Según los datos presentados, x , es el número menor de signos, en este caso es igual a 0 y N el número de participantes que mostraron diferencia en su peso en sentido de su disminución., es 5. La tabla D muestra que para $N= 5$, una $x = 0$ tiene una probabilidad de cola de ocurrencia conforme a la hipótesis nula de $p = 0.031$. este valor se encuentra en la región de rechazo en $\alpha = 0.05$; así se rechaza la hipótesis nula y se acepta nuestra hipótesis inicial. Se concluye entonces, que el programa de apoyo psicológico para adolescentes que quieren bajar de peso fue afectivo, ya que se demuestra que “la implementación del programa produce en las participantes, un cambio en el cociente de la relación peso/talla en el sentido de la disminución del peso”.

9.2. – ANÁLISIS CUALITATIVO.

En este análisis se procederá a presentar el desarrollo de las sesiones de trabajo.

1º sesión: 7 de Octubre 2000.

Objetivos:

1. Definición del encuadre.
2. Compromiso de privacidad.
3. Establecimiento de los vínculos, dar garantías.
4. Crear un espacio para que el grupo reconozca el problema, saber qué es lo que esperan las participantes del programa.

Asistentes:

- Valeria.
- Marcia.
- Bárbara.
- Jéssica.
- Elizabeth.

Actividades:

- Definición de las reglas.
- Juego. "Botecitos".
- Diálogo grupal; conversación de expectativas

Las reglas del grupo fueron las siguientes:

1. Puntualidad.
2. Cuando faltaran tendrían que avisar con anticipación, la monitora las llamaría en la semana, con el objeto de no perder la continuidad.
3. Confidencialidad, todo problema expuesto en el grupo se trataría allí, problemas personales se conversarían con la monitora.

4. Si alguna quedaba inquieta por algún tema tratado, podría conversar con la monitora después de la sesión.
5. La expresión de afecto quedaba de libre decisión para cada una.
6. Las sesiones siguientes serían grabadas con un instrumento de audio.

Posteriormente, se conversó acerca de las expectativas que tenían ellas para con este trabajo, sentimientos y actitudes frente a lo que se aprontaban a realizar y con respecto a las experiencias vividas por cada una. No tuvieron inconveniente en cuanto a la grabación de las sesiones.

Los puntos más importantes fueron los siguientes:

Valeria quería ayuda de parte de la doctora tratante, pero también necesitaba orientación y esa era su principal motivación; a ella no le molestaba particularmente su obesidad, y además expresó que ya estaba haciendo “cosas” para bajar de peso, por lo que esto le podría servir de mucho.

Marcia y Bárbara expresaron ambos sentimientos similares con respecto al tema, decían sentir mucha inseguridad y falta de voluntad para seguir las múltiples dietas que habían intentado, además expresaron tristeza por que el tema realmente les afectaba por la dificultad que presentaban para conseguir una pareja, y también el malestar que sentían hacia su cuerpo. Bárbara además agregó “quiero ser yo” ya que pensaba que no servía para nada, se decía a sí misma que “si no cuidas tu cuerpo es por que no lo quieres”.

En tanto Elizabeth expresó que ella quería seguir toda la dieta pero que también le costaba, declaró que su “pololo” la invitaba a comer muchas frituras y que por eso no adelgazaba, además en su trabajo, las compañeras comían dulces y le ofrecían y a ella le costaba decir que no, con el programa ella buscaba sentirse mejor con ella misma en el proceso de adelgazar y adquirir voluntad para lograr un cambio.

Por último Jessica expresó querer lograr más control sobre la ingesta de alimentos, y también quería “aprender a quererse” ya que se desvaloraba mucho.

Hasta ese momento todas las niñas tenían indicado tratamiento farmacológico, con Sibutramina 4 de ellas y 3 con medicamentos naturales. De las presentes en esta sesión 3 estaban con Sibutramina y 2 no los habían comprado aún. Pero una de las niñas, Valeria,

expresó que a ella no le gustaba depender de los fármacos, y tenía la esperanza de bajar de peso sin tener que tomarlos, y que una de sus motivaciones para estar presente era justamente esa, al expresar aquello, las restantes declararon que ellas también querían bajar sin necesidad de medicamentos, así que quedó pactado que ninguna seguiría tomando.

Luego Jessica expresó que se sentía como los grupos de ‘Alcohólicos Anónimos’, “algo así como los Gorditos Anónimos” se conversó que esa forma de trabajo, aunque era distinta a la que se utilizaría aquí, tenían un trasfondo común, que era la conducta adictiva del comer en exceso.

Evaluación de la sesión:

En el presente programa se tocaban los puntos más importantes descritos por las participantes. Se nota mayor motivación luego del juego de “Botecitos” aunque estaban nerviosas por lo que se iba a realizar.

2º sesión.

Objetivos:

1. Conversación sobre el tema de la obesidad, relato de las experiencias personales.
2. Crear conciencia acerca de la responsabilidad y la elección que hace cada una, al entregarse a un cambio en la alimentación, y a un proceso de terapia grupal.

Asistentes.

- Bárbara.
- Elizabeth.
- Tamara.

Actividades.

- Imaginería. “Tengo que, Elijo que”.
- Compartir grupal.
- Establecimiento de tareas.

Tamara, asistió con su madre, ésta me expresó su preocupación por la situación de su hija, y entregó los múltiples informes psicológicos que le habían aplicado desde niña, se encontraba muy motivada por el hecho de que su hija estuviera aquí.

Primeramente se les hizo un caldeamiento que se trató de caminar por la sala, mover los brazos, cuello, caminar lento y muy rápido.

Elizabeth refirió que le había costado mucho pensar que lo que *tenía* que hacer era lo que *elegía* hacer, ya que le hubiera gustado estudiar y no estar trabajando. Pero notó el cambio que se producía ya que en el ejercicio, se les indicó que había elección, aún entre alternativas que podían ser desagradables por lo que expresó que tenía que reflexionar más sobre el tema.

A Bárbara le gustó mucho el ejercicio ya que sintió que se estaba dando el tiempo para ella, “yo pensaba que había venido a este mundo sólo para ayudar a los demás, pero me di cuenta que también tengo que ayudarme a mí, necesito más tiempo para mí”, también le costaba asumir que *elegía* dejar de comer.

Tamara expresó muy poco con respecto al ejercicio, solamente que le daba rabia que justo ella tenía que adelgazar, y que ella se había “enfermado así de gorda”, por lo múltiples medicamentos que había tomado en el pasado, para variadas enfermedades y que por eso también le ‘tiritaba’ la mano (cuando expresa esto la mano deja de temblar, luego se hace más fuerte).

Se conversa de la Responsabilidad que implica el elegir dejar de comer, las invito a tomar esta responsabilidad.

Le di una tarea a Tamara, que comiera salvado de trigo con $\frac{1}{2}$ yogurt diet en las mañanas, amasar greda todos los días por 20 minutos.

Evaluación de la sesión.

En esta sesión, fue positiva la forma en que las participantes se involucraron con el ejercicio. Hay una cierta ‘resistencia’ a tomar la responsabilidad individual de bajar de peso. A medida de que iban expresando lo trabajado por cada una en la imaginaria, se fueron tocando los temas de las experiencias personales de cada, y salió algo similar a la primera sesión, los sentimientos más importantes expresados fueron la pena, la rabia, la culpa propia y hacia los demás, envidia y el poco tiempo que se daban para tener un

conocimiento de su mundo interno. Impresiona la dificultad de las participantes para hablar de ellas mismas, en primera persona y también se nota una tendencia a echarle "la culpa" a factores externos, tomando la postura de víctima frente a las situaciones.

3° sesión.

Objetivos:

1. Expresión corporal.
2. Trabajo de imagen personal.
3. Autocontrol.
4. Planteamiento de metas.

Asistentes.

- Bárbara.
- Tamara.
- Elizabeth.
- Grisel.
- Marcia.

Actividades.

- Juego "Estatuas animadas".
- Compartir grupal.
- Dialogo grupal para el planteamiento de metas.
- Tareas.

Se hace el ejercicio de Estatuas animadas con pequeñas variantes, se les indica que se conviertan en algún objeto, planta, cualquier cosa, que se identifiquen con eso y toman la postura de aquello que imaginaban.

Así lo hicieron, se les indicó que se quedaran con los ojos cerrados y luego se les tocó e indicó, mediante señas, que miraran a cada una de ellas, se les pregunta que impresión les daban las demás y que trataran de adivinar que era lo que habían tenido que expresar.

Se empieza por Barbara, ella estaba en una postura que a la terapeuta le dio una sensación muy fuerte, de peligro, de ocultamiento, de angustia, estaba totalmente enrollada en sí misma, con la cabeza oculta entre sus manos y pegada al suelo.

Luego se les preguntó a las niñas que impresión les daba verla así, los sentimientos que expresaron las demás fueron de pena, angustia, de alguien encerrado.

Luego miraron a Tamara, ella estaba agachada mirando hacia enfrente, a todas les dio la sensación de que era un animal esperando algo, que quería algo, los sentimientos expresados eran de ganas de hacerle cariño.

Marcia estaba parada mirando hacia delante, inmóvil y con la mirada fija, a las demás les dio la sensación de que estaba paralizada, con miedo y angustia por algo que había visto, algo sin vida.

Elizabeth estaba parada, moviéndose lentamente, con los brazos estirados hacia el cielo, les dio la sensación de armonía, de libertad, de movimiento y flexibilidad, también soledad. Posteriormente, se compartió la experiencia, a todas les impactó mucho lo de Barbara, ésta dijo que era una semilla, "algo pequeño, contraído, que quería salir, algo que tenía y que tenía que tratar de enfrentarlo y eso me pasa, cuando enfrento a algo y no puedo, me escondo, ocultándolo todo para adentro...sin que nadie sepa... siento dolor...en el corazón. Las otras se sintieron identificadas con ella, a Marcia le dio pena, "me pasa lo mismo...uno tiene tantos problemas que para qué contárselo a los demás..., que los demás vean que tú no eres débil," las demás tuvieron sentimientos similares " la gente se rie de uno".

Marcia era un espejo, "cuando lo necesitan, lo buscan..., a mi pieza entra toda la gente, lo utilizan,...a mi me utilizan, piensan que yo soy cuadrada, que soy buena, eso me da rabia que la gente me vea solamente de esa manera" declaró que le dio 'lata' que las demás la vieran como algo sin vida.

Tamara lloró gran parte de la conversación, dijo sentirse identificada con todo lo que estaba pasando a las demás, ella era un 'cachorrito', se conversó de cuantas cosas ella tiene que hacer para poder seducir a la gente para que no la dejen sola, ella no veía esto hasta que una de las niñas se lo mostró, se habló de lo agotador que era estar siempre dispuesta para los demás, luego se tocó el tema de las ventajas que tenía para ella esta situación, y era justamente, no estar sola, y ser un 'cachorrito' al cual sólo tenían que dar

cariño. Elizabeth era una flor mecida por el viento y alrededor de ella había pasto, se conversó del hecho que estuviera sola y de los sentimientos que experimentó ella al ver a las demás “me encierro mucho en mi misma, siento que toda la gente que está a mi alrededor me critica sin saber cómo es uno realmente”. Grisel participó sólo de esta última parte, ya que llegó tarde, pero se sentía impresionada de lo bien que entendía a las demás, y lo mucho que tenían en común con ella.

Posteriormente, se las pesó y midió la estatura a cada una en forma personal, luego se establecieron metas de cada una y tareas para la semana, se les entregó la lista de calorías y se les indicó que trajeran el cuaderno de tareas todas las semanas.

Las metas planteadas fueron:

1. Marcia: disminuir el peso en más de 5 kilos.
2. Elizabeth: 5 kilos.
3. Barbara: 5-10 kilos.
4. Grisel: 5-10 kilos y que le quede bien la ropa.
5. Tamara: + de 4 kilos.

Las tareas que se plantearon para la semana fueron: (todos los días)

1. Marcia: hacer 20 minutos de gimnasia en su bicicleta.
2. Elizabeth: no comer nada de frituras.
3. Barbara: no comer chocolate.
4. Grisel: No-comer helado, caminar 40 minutos.
5. Tamara: caminar 30 minutos, seguir con el salvado de trigo.

Tabla de peso antes del tratamiento con IMC correspondiente.

NOMBRE	PESO	ESTATURA	IMC
MARCIA	85.100 kg.	1.55 mt.	35.38 moderada
ELIZABETH	78.100 kg.	1.58 mt.	31.28 moderada
BARBARA	75 kg.	1.60 mt	29.29 leve
GRISEL	77.500 kg.	1.56 mt	31.84 moderada
TAMARA	80.500 kg.	1.56 mt.	33.07 moderada
*VALERIA	88 kg.	1.74 mt.	29.06 leve
*JESSICA	107 kg.	1.66 mt.	38.83 moderada

- en base a los valores dados por ellas en la entrevista inicial.

Tamara dijo que había hecho la tarea y le había agradado pero no le gustaba el salvado de trigo.

Evaluación de la sesión.

En esta sesión se quedó con la impresión que había empezado el trabajo terapéutico, las niñas se encontraron en confianza para expresar lo que les pasaba y una buena disposición para ayudar a las demás, aunque con cierta inseguridad en un principio. Lo que pasó en esta sesión fue el punto de partida para seguir trabajando posteriormente. Las participantes se involucraron en el ejercicio de "estatuas animadas", además el hecho de que se pesaran fue poner concretamente un punto de partida.

4º sesión.

Objetivos:

1. Detectar, analizar y cambiar pensamientos negativos relacionados con la obesidad.
2. Trabajo de identificación y expresión de emociones.
3. Darse cuenta corporal.
4. Autocontrol.

Asistentes.

- Bárbara.
- Tamara.

Actividades.

- Diálogo grupal.
- Diálogo con las partes del cuerpo.
- "Me doy cuenta".
- Compartir grupal.

Tres de las niñas se justificaron.

Durante la semana, llamé a Jessica ya que había faltado a dos sesiones sin justificación, expresó que se quería retirar porque no se había sentido cómoda, yo acepté su postura y le dejé la puerta abierta por si quería volver.

Trabajé con Tamara y Barbara, las pesé y las dos habían bajado 1,5 kg. Lo cual las puso contentas. Al principio, estaban desalentadas porque no había nadie más, pero luego se mostraron contentas ya que era una sesión para ellas solas.

Se conversó acerca de las cosas que les habían dificultado para realizar sus tareas, nuevamente expresaron rabia, para con su situación, rabia con ellas mismas y con las demás personas. Tamara refiere que cuando las demás personas la molestan, se queda callada y la forma de desahogarse es encerrarse en su pieza y llorar. “yo sé que soy gordita, pero que se queden callados... me siento incómoda, me canso, como que el cuerpo me pesara más. Barbara refiere que a ella no la molestan, que ella se molesta así misma “cuando estoy sola, me baja todo... por qué soy gorda, por qué soy yo, por qué no puedo ser otra persona o una planta o un árbol..., no soy feliz como soy, tengo todo lo malo. En base a esto se trabajó con lo que llamamos “su tirano interno” que le decía y le recordaba lo insignificante que era expresó pena y dijo que tenía ganas de ser ‘semilla’ se puso en esa posición, e hizo el ejercicio de ‘me doy cuenta’, luego se quedó en la misma posición durante 40 minutos, con el objetivo de que tomara conciencia corporal, y extrapolara a lo que era andar así por la vida. Luego se incorporó, y declaró que tenía mucha pena y que quería comer, se buscaron alternativas para que se aliviara la pena, con otras formas que no fuera comer, la respuesta fue ‘cariño’ y la abrazamos.

Por otra parte, con Tamara se hizo un trabajo de dialogo de los pies, por sus constantes temblores, descubrió que sus pies la gobernaban y que ambos querían ser siempre los primeros, tomó la decisión de ser ella la que tomara el control, esto se hizo justamente con ese objetivo y para que se diera cuenta de su temblor involuntario.

Por último, se les indicó que escribieran en una tarjeta, qué pensamientos negativos tenían con respecto a la obesidad, esto para trabajarlo en la siguiente sesión.

Evaluación de la sesión.

A esta sesión asistieron dos niñas, esto fue algo desconcertante, ya que la sesión anterior había sido importante y se quería seguir trabajando en esta misma línea.

Impresiona, a modo de hipótesis en este punto, que el tema de la obesidad está muy relacionado con el hecho de ser inconstante. El trabajo realizado con estas dos niñas fue muy bueno, ya que salieron cosas como el control que tiene cada una de su vida, y las cosas que se dicen internamente que las desvalora. En resumen se quedó con el sentimiento de satisfacción con el resultado de esta sesión aunque a la terapeuta le hubiera gustado que hubieran estado las demás.

5º sesión.

Objetivos:

1. Evaluación del programa hasta la actualidad, renegociación de expectativas, nuevo establecimiento de contrato, evaluación de si mismas.
2. Detectar, analizar y cambiar pensamientos negativos relacionados con la obesidad.
3. Expresión de emociones.

Asistentes.

- Bárbara.
- Marcia.
- Elizabeth.
- Tamara.
- Grisel.

Actividades.

- Dialogo grupal.
- Reestructuración Cognitiva.

En primer lugar, se conversó acerca de cómo les había ido en la semana, con lo del cambio de alimentación que habían experimentado, Bárbara expresó que se aburría de “comer todos los días lo mismo”, dijo que se había salido en varias ‘cositas’ dijo que lo de la semana pasada la había dejado pensativa, luego se les preguntó a las demás qué les había pasado la semana anterior que no habían venido, Elizabeth expresó que había estado muy nerviosa, por la presión en el trabajo, luego le contó a Barbara que igual podían comer de

todo pero poco, "hay que jugar con las comidas". Marcia expresó que se había enfermado, "me dolía todo", y pensó que era el corazón, contó que la habían obligado a comer, pero que ella ya había adquirido un compromiso y sería peor que lo rompiera.

Posteriormente se habló del tema de las faltas. Se les pidió que establecieran un nuevo compromiso. A las niñas les parecieron adecuado y todas tomaron nuevamente el compromiso, sobretodo para ellas mismas. Se conversó también acerca de lo parecido que había en esta situación con respecto a lo que pasaba con la perseverancia en las dietas. Marcia expresó el deseo de tener todos los teléfonos, para comunicarse en la semana.

Luego Grisela expresó que se sentía mal por todo, sentía una indiferencia frente a todo. Dijo que ella creía que "no era una persona normal", además refiere que come más cuando está así, cuando come siente "que algo se está llenando dentro de mí", dice que no sabe que es lo que le pasa y que esta situación le da pena y rabia, en ese momento llora... dice que le da pena pero al mismo tiempo siente "dentro de esta misma pena hay algo como que me frena no me deja llorar", se le da un espacio para que se desahogue...

Ella dice que siente la pena en el pecho, con una mano se le aprieta mientras que con la otra se le frota la espalda, mientras más apretado está, mas llora, con un llanto desgarrador, dice que quiere protegerla, se le refleja que lo hace, con capas y capas de grasa, a ella le hace mucho sentido esta situación.

Posteriormente, las demás expresan lo que les pasa a ella, Marcia se siente muy conectada con ella, le ofrece toda su ayuda. Posteriormente Grisela declara que cuando se siente mal come, cuenta que hace mucho tiempo, lloraba mucho, pero después paró de llorar y nunca más pudo hacerlo con facilidad. Posteriormente Marcia expresó todo el problema que para ella era tener a toda su familia siempre metiéndose en sus cosas, ella era el pilar en su casa y no tenía mucha intimidad para desahogarse, expresa que está cansada de este rol, se le sugiere que empiece a establecer límites en su casa haciendo cosas que a ella le gustaran y que fueran personales, arreglar su pieza, aprender a decirle que "no" a sus familiares cuando no tuviera ganas de hacer algo que consideraba que tenía que hacer otra persona, etc.

Luego se hizo el trabajo de Reestructuración cognitiva, se les pide que escriban en un papel todos los pensamientos negativos que tenían en relación con su obesidad, todo lo que ellas mismas se decían en relación con eso. Luego se revisó las tarjetas que llevaba con

algunas frases tipo y se conversó sobre la manera que podían cambiarlos por otros más positivos.

Evaluación de la sesión.

Llama la atención las disculpas que dieron las niñas que habían faltado. A las participantes que habían venido les costó que les expresaran su molestia inicial la sesión pasada, luego se les refleja los sentimientos de la terapeuta con respecto al tema y su creencia de que era nocivo para el trabajo grupal por el tema de la confianza, y la protección que interesaba que se dieran entre ellas. Se cree que este hecho sirvió para que se dieran cuenta de que sus conductas habituales se repiten en la terapia de grupo y la desilusión de las que si respondieron se refleja en lo que ellas mismas sienten cuando abandonan una dieta o el ejercicio y suben de peso.

Por otra parte, lo que pasó con Grisela impactó altamente, está la sensación de que hace mucho tiempo ella tenía guardada su pena. Llama la atención el hecho de todos los esfuerzos que hace por no llorar, al mismo tiempo, las demás se han quedado paralizadas por esta situación, ninguna se atreve ni siquiera a respirar... La terapeuta se queda contenta con el hecho de que el grupo la apoyara en su expresión y nuevamente se confirma la idea de que un grupo homogéneo en este caso servía de mucho para entenderla y que se conectaran todas como grupo.

En el caso de Marcia, cuando contaba las cosas de su familia (que todos se metían en todo) surge la imagen de que ella se "comía todo", como una gran ameba, se comía los problemas de todos, cargaba con todos, por lo que la terapeuta se conecta con su cansancio, por esta razón, se le indicó un trabajo de establecimiento de límites y que se "regaloneara" de formas distintas que no fuera el comer golosinas ya que ella también expresó esas ganas de comer cosas dulces "como para que le dieran más energía".

6° sesión.

Objetivos:

1. Compartir experiencias personales.
2. Trabajo corporal, expresión emocional.
3. Resolución de problemas, búsqueda de alternativas.
4. Compartir experiencias personales.

Asistentes:

- Barbara.
- Marcia.
- Elizabeth.

Actividades.

- Dialogo grupal.
- Reencuadre.
- Compartir grupal.

En esta sesión se trabajó principalmente con Bárbara y con Marcia, ya que Bárbara había subido de peso por comer una gran cantidad de chocolates, refiere que está muy "nerviosa" por las pruebas en el colegio, le da rabia pero no lo puede evitar, "es como si alguien me obligara a comer... es la única forma de aliviar ese estrés que tengo".

Se trabajó "Reencuadre" con ella con el objetivo de que buscara nuevas alternativas para que se sintiera mejor, en vez de comer. . Las partes del cuerpo que fueron involucradas fue el estómago y el corazón.

Con Marcia se trabajó mayormente lo que había quedado pendiente de la semana pasada. Marcia expresó que se sentía "como que se había caído de la torre de la Telefónica" pero que había empezado a arreglar su pieza.

A Bárbara se le dio la tarea de escribir sus sentimientos, cada vez que le dieran esas ganas 'irresistibles' de comer chocolates.

Evaluación de la sesión.

A la terapeuta le agradó el hecho de que una subiera de peso, ya que eso era lo que esperaba por el tema de la inconstancia tema que servía para trabajar a nivel grupal. Nuevamente se piensa que es una lástima que no hubieran venido todas, especialmente Griselda que se había desahogado en la sesión pasada. En esta sesión, las cosas más importantes que salieron fueron la manipulación, la complacencia, el ponerse en la postura de 'víctima' y la importancia de poner límites a los demás y a aceptar los estados de ánimo displacenteros no teniendo que comer necesariamente.

7º sesión.**Objetivos.**

1. Detectar, analizar y cambiar pensamientos negativos relacionados con la obesidad.
2. Resolución de problemas, búsqueda de alternativas.

Asistentes.

- Barbara.
- Marcia.
- Elizabeth.
- Tamara.

Actividades.

- Reestructuración Cognitiva.
- Trabajo Corporal.
- Compartir Grupal.

Se trabajó con la Reestructuración Cognitiva, ellas habían escrito los pensamientos negativos relacionados con la obesidad, éstas fueron escritas en unas tarjetas para esta sesión, fuimos trabajándolas una a una, y cambiándolas por pensamientos más reales y positivos. Duró toda la sesión, luego se revisaron las tareas. Las tarjetas dicen lo siguiente:

Frases escritas	Frases positivas y realistas
Nunca voy a bajar de peso	¿cómo que nunca si ya estoy bajando?, tomo un compromiso conmigo.
Los demás tienen razón cuando dicen yo siempre voy a ser gorda	Yo tengo este problema, pero lo voy a intentar, no lo seré toda la vida.
Yo no sirvo para esto	Esto es difícil pero sirvo.
No debo faltar nunca a la dieta	No me quedo en la culpa, no me haré la víctima, tomo mi responsabilidad
No puedo soportar no comer chocolate	¿no lo puedo soportar?, ¿quién lo dice?. Puedo elegir no comerlo y lo puedo soportar.
Si me como sólo uno... no importa que no sea diet.	Traeré la colación desde mi casa, porque si importa.

Nunca seré una persona interesante	Mediante esfuerzos seré una persona interesante y estoy en ese proceso.
Por más que haga dieta nunca va a pasar nada.	Me lo voy a proponer y voy a poder.
Siempre seré gorda, para que tanto esfuerzo.	No existe el siempre, va a haber alguna vez que yo baje de peso.
Yo no puedo.	Si yo quiero, yo puedo
No quiero más guerra. ¡hasta cuando!	¿de qué guerra hablo? Estoy luchando conmigo misma. Esto es un proceso y va a durar el tiempo que yo demore en tomar conciencia.
Si nadie me está viendo... como	¿a quién quieres engañar? Quiero tomar conciencia de comer sano, independiente de si alguien me está viendo.
Me aburro con tanta dieta	Si las dietas me aburren, asumo mi cambio de alimentación.
Nunca nadie me va a querer por mi gordura.	Lo importante es que yo me ame a mi misma, ojo con preocuparme mucho por los demás. Hay que diferenciar entre el amor de los demás y el amor a mi misma y el hecho de ser gorda.

Evaluación de la sesión.

Dos de las niñas no habían anotado lo ingerido en la semana, y esto fue directamente proporcional a su baja de peso, se evalúa el ejercicio en forma positiva ya que, como dice en la literatura las autofrases negativas que se dicen las jóvenes que impiden una baja de peso, además se piensa que muchas de estas autofrases sirven nuevamente para ponerse en una postura muy cómoda que involucra el poco esfuerzo y responsabilidad. Llama la atención el hecho que les cuesta poner en positivo las frases y la sorpresa que se produce cuando a alguna se le ocurría invertir la frase para convertirla en positiva. Está la sensación de que esta sesión fue alegre y positiva lo que se considera muy positivo para contrastar las sesiones anteriores que habían sido con expresiones de pena y tristeza, se considero que esta situación es importante para el trabajo en grupo porque se produce un "anclaje positivo" con las sesiones de terapia lo que se refleja en el compromiso que tienen las niñas con su propio proceso, como investigadora, me refiero con esta situación a que una cosa tan difícil como es bajar de peso tienen que hacerse en una forma entretenida y si bien no hay que negar los sentimientos negativos, éstos suelen tener mayor preponderancia en estas niñas por lo que considero importante revertir esta situación. Sumándose a esta situación, es

positivo que surgiera de las mismas niñas el hecho de que se repartieron las tarjetas para , según lo que expresaron “darse ánimos” en la semana.

8º sesión.

Objetivos:

1. Resolución de problemas.
2. Expresión emocional.

Asistentes.

- Barbara.

Actividades.

- Identificación de emociones.
- Dialogo.
- Resolución de problemas.

Se realizó, un trabajo personal acerca de los pensamientos relacionados con la obesidad, los temas que surgieron en la conversación, fueron de sus relaciones interpersonales y familiares, se conversó del dar y recibir cariño. Se empieza por leer lo que ella había escrito en las semanas acerca de sus sentimientos. “Sábado.... *quiero comer chocolate, chocolate, chocolate, chocolate, tengo rabia porque otras personas pueden comer y yo no, tengo pena, quiero comer algo dulce..., quiero comer, pero no, yo elijo no comer eso.* Domingo: *hoy día no sentí ganas de comer dulces porque estuve super ocupada y cuando estoy estudiando no me dan ganas de comer, el problema es que cuando estoy sola de lunes a viernes, pero tengo que controlarlo, yo mando mi cerebro y mi estómago y yo digo no comer nada dulce..., yo sé que me lo calman los dulces pero no puedo y no debo... necesito tener en mi mente en otra cosa...*

Se llegó a la tarea de abrazar a sus seres más queridos. Bárbara expresa que no demuestra cariño porque piensa que los demás les va a dar “asco” abrazarla porque es gorda. Se conversa largamente este tema con el objetivo de que se dé cuenta de cuán errónea es esa idea.

Evaluación de la sesión.

Nuevamente es desconcertante la falta de todo el resto de las niñas.

El trabajo con Bárbara tuvo las características de una entrevista individual, llama la atención de lo erróneo de su idea de que a la gente le daba asco abrazarla ya que ella misma decía que la buscaban pero ella era la que no quería, lo importante fue que llegó a la alternativa de ella abrazar a sus seres queridos en la semana, porque entendió que para el resto era importante que ella fuera cariñosa, aunque no se iba a obligar a hacerlo si no lo quería. Hay expresiones de alegría en la sesión.

9ª sesión.**Objetivos:**

1. Trabajo en identificación y expresión de emociones
2. Trabajo de asertividad, aprender conductas más adecuadas y satisfactorias frente a diversas situaciones donde está involucrado el tema de la ingesta.
3. Desarrollar estrategias de enfrentamiento a problemas en forma más positiva y constructiva.

Asistentes.

- Marcia.
- Barbara.
- Grisel.
- Tamara.

Actividades.

- Imaginería "Situación sí-no".
- Compartir Grupal.
- Baile Activo.

Se las hizo bailar libremente al ritmo de la música, imaginando que estaban en un camino, luego que eran bailarinas, se las alienta para que se dejaran llevar por la música,

que era muy suave. Luego hubo un cambio en la música, una más rápida, y se les indica que caminaran en el mismo puesto que estaban, y que empezaran a 'pisar' el suelo muy fuerte, que expresaran toda la rabia contenida con personas, situaciones, etc. Luego se les indica que paren y se empieza con la Imaginería de la situación "si- no" de Stevens, esto con el objetivo de que pensarán en una situación que a ellas les hubiera gustado decir 'no' y dijeron 'sí'. Luego se hizo el compartir grupal. Las niñas estaban muy comprometidas en el trabajo y nadie quería hablar, se les dio un pequeño recreo.

Grisel expresó que el trabajo era como una síntesis de las demás sesiones, Marcia también refirió lo mismo "de los disgustos que nosotros tenemos, o que hacer cuando los otros nos molestan, yo me siento que no pertenezco a ninguna parte... me gustaría tener mi casa, donde vivo a veces quiero hacer algún cambio y no puedo...".

Marcia dice que no pudo imaginarse un lugar fijo, eso se reflejó con su sentimiento de no estar en ninguna parte y con sus constantes cambios en las conversaciones. Esto derivó en que cada una descubrió que es más fácil usar uno u otro sentido, Marcia es más quinestésica, Barbar y Tamara son más visuales, Grisel usaba más de un sentido.

Posteriormente, se hizo revisión de tareas. Y se intercambiaron las tarjetas que se escribieron en la Reestructuración Cognitiva. Se llegó al acuerdo de que la próxima sesión se trabajaría con las situaciones de cómo decir que 'no' en las situaciones de comida.

Evaluación de la sesión.

En la actividad de baile, llama la atención la dificultad para moverse, Bárbara estaba haciendo un trabajo muy bueno, sonreía y se comprometió mucho con la actividad, las demás estaban muy "apretadas", dije que no tuvieran vergüenza, que nadie las estaba mirando, que estaban en este ambiente protegido y nadie se iba a burlar, que se concentraran en la música y en su cuerpo, y hay un gran cambio en ellas, solo Marcia siguió apretada, pero tocaba las cosas con mucha dedicación, las superficies, las paredes, etc. Es interesante el hecho de que Marcia y Tamara, dejaban de moverse cuando pasaba mucho rato de silencio, necesitaban de estimulación por parte de la terapeuta.

Se les pide que pisen con fuerza en el suelo que descargaran toda la rabia, esto se hizo porque a lo largo de todas las sesiones se nota que ellas tienen mucha rabia en su corazón, y no saben expresarla, esta rabia tiene que ver con la gente que las rodea y con ellas mismas.

Los temas que surgieron eran la impresión que les provocó el hecho de poner personas y descargar su rabia con ellas, además salió el tema de la postergación de sí mismas, ya que nunca habían expresado su rabia y menos con personas queridas.

La Imaginería realizada tuvo que ver con la libertad y la asertividad. También, se incorporaron elementos de entrenamiento en la respiración (al principio de la Imaginería) y apuntaba al pensamiento abstracto de las participantes en esta Imaginería.

Tanto Marcia como Tamara concordaron en que muchas veces querían hacer cosas por sí solas pero estaban los padres u otras personas que les impedían por que, según referían, no creían que lo pudieran hacer.

En esta sesión apunté al pensamiento concreto de las participantes, al imaginarse en distintas situaciones y 'actuarlas' se hacen más patentes sus sentimientos y pueden concretizarlos en la acción, al mismo tiempo de que facilitaba la expresión de esas emociones.

10ª sesión.

Objetivos:

1. Entrenar en relajación.
2. Control de la ansiedad.

Asistentes.

- Barbara.
- Tamara.
- Grisel.
- Marcia.
- Grisel.

Actividades.

- Entrenamiento en técnicas de respiración.
- Relajación progresiva de Jacobson.
- Resolución de problemas.
- Baile activo.

Antes de comenzar le comentaron a la terapeuta que estaban muy cansadas por las dos semanas que habían pasado, así que se consideró conveniente que sólo se relajaran para que se entrenaran y logaran hacerlo en sus casas, se les puso una música muy suave y se quedaron aproximadamente 60 minutos estiradas y con los ojos cerrados.

Se les enseña a respirar con el estómago, pidiéndoles que pusieran una de las manos en el estómago y ésta se tenía que relajar.

Se realiza la Relajación progresiva de Jacobson, tomándola en un sentido más general, músculos de los pies, las pantorrillas, los muslos, glúteos, estómago, tórax, hombros, manos, bíceps, tríceps, músculos de la espalda, cuello, nuca, frente, mejillas, mandíbula, ojos. Por último se hace una revisión de tareas, (la grabación es confusa por eso no la transcribí). Tamara se había salido mucho de la alimentación, revisé su cuaderno y noté varios espacios en blanco en su cuaderno, Tamara había estado bajando muy poco y en estas semanas no había bajado nada, le pregunté por qué y ella no sabía, le reflejé que me daba la impresión que ella no se estaba dando cuenta de lo que comía, así como no se daba cuenta cuando le tiritaba la mano y el pie, así que se le dio la tarea de anotar todo, todo.

Por último, sacaron los dulces que habían juntado, Bárbara era la que había traído más, Marcia no se había acordado, las otras trajeron pan de huevo y chocolates mayormente.

Se toma como ejemplo a Bárbara, la que había traído más dulces.

Se puso una música de moda, bien movida... se les indicó que empezaran a pisar los dulces al ritmo de la música... la terapeuta también participó... fue muy divertido... hubo risas...

Evaluación de la sesión.

En esta sesión, se hizo un trabajo que apuntaba a la resolución de problemas y al pensamiento concreto, al pisar los dulces las niñas hicieron que sus ideas de "deshacerse" de las cosas que hacían daño lo hicieran de forma positiva, tal como se indicó en una sesión anterior, al hacer una cosa que resultaba difícil... y destruir algo que causa placer en forma positiva, se plantea que tiene efectos positivos en las personas.

11º sesión.**Objetivos:**

1. Entrenar en relajación.
2. Control de la ansiedad.

Asistentes.

- Barbara.
- Marcia.
- Tamara.
- Grisel.
- Elizabeth.

Actividades.

- Entrenamiento en técnicas de respiración.
- Relajación progresiva de Jacobson.
- Resolución de problemas.

Primeramente se hizo la Relajación progresiva de Jacobson, tomándola en un sentido general, músculos de los pies, las pantorrillas, los muslos, glúteos, estómago, tórax, hombros, manos, bíceps, tríceps, músculos de la espalda, cuello, nuca, frente, mejillas, mandíbula, ojos... luego estuvieron un rato en silencio, alrededor de 50 minutos, luego incorporé elementos de cómo el aire iba penetrando por su cuerpo y recorriéndolo.

Posteriormente se conversó la experiencia de la semana anterior de pisar los dulces, las participantes expresaron no haber notado un gran cambio pero si un cambio... se habían sentido muy bien...

Por último se conversó de variados temas para cerrar, se les dijo que podían hacer estos ejercicios en sus casas.

Evaluación de la sesión.

En esta última sesión, aparte de realizar la relajación, fue la despedida del lugar que había servido de espacio para las reuniones, las participantes estaban muy contentas y

relajadas, fue un buen momento para tranquilizarse pues la época era de fin de año con todo lo que eso implica. No salieron más contenidos nuevos por lo que se quedó con la sensación de no haber dejado cosas pendientes que fueran importantes. Aunque si, se cree necesario al hacer otro programa, más sesiones ya que muchos temas de los aquí planteados pudieran haber sido tratados en forma más profunda cosa que escapaba a los objetivos planteados en éste.

12° sesión.

Objetivo:

1. Evaluación del programa.

No se grabó esta sesión... hubo un paseo y en un momento determinado se evaluó el programa, para todas había sido positivo... las críticas que se hicieron fue a la inasistencia, se logró una cohesión grupal media... que le gustó moverse, les hubiera gustado más. Se cumplieron la mayor parte de las metas planteadas por ellas mismas:

Tabla de resultados.

Nombre	Meta	Logros
Bárbara	5-10 kilos.	PI: 75 kg. / PF: 68 kg.
Marcia	disminuir el peso en más de 5 kilos	PI: 85.100 kg. / PF: 80.800 kg.
Grisel	5 -10 kilos y que le quede bien la ropa.	PI: 77.500 kg / PF: 74kg.
Tamara	+ de 4 kilos.	PI: 80.500 kg./ PF: 75 kg.
Elizabeth	5 kilos.	78.100 kg. / PF: 74 kg.

9.2.1 Comentarios finales.

A nivel general, está la sensación de que el programa fue efectivo, todas las participantes bajaron de peso por lo que se puede plantear que las técnicas aquí utilizadas fueron convenientes. Cada una de las participantes tuvo distintos procesos dentro de la homogeneidad como miembros del un grupo con estas características. Se expondrá

brevemente las impresiones con respecto de cada una de ellas. Lo interesante de esta descripción es que cada una de ellas demostró personalmente aspectos del grupo en general.

Grisel es la que menos reducción de peso logró. Este caso se considera como un éxito mediano ya que necesitaba más tiempo por todos los problemas expresados por ella, además no se le nota mayor motivación ni constancia durante el desarrollo del programa, lo que si es interesante mencionar es el hecho de que fue la primera en hablar de que la soledad y la pena la hacían comer, cosa que fue ampliamente aceptada por las demás, en el sentido de que todas sentían lo mismo. Grisel expresa su deseo de seguir en terapia con un psicólogo.

Elizabeth fue un aporte en el grupo en el sentido de que les reflejaba cosas muy importantes a las demás, tenía la capacidad de ver más allá de las cosas dichas por las otras, en este sentido ayudo a la terapeuta con los reflejos. Ella demuestra una estabilidad muy bien lograda y a pesar de que sus procesos de reducción de peso eran lentos lo ha logrado. Lo interesante de esta participante es el hecho de que refleja muy bien la complacencia de sus logros, cosa que les pasa a todas las demás. Ella muestra un compromiso con el programa y harta motivación, sin embargo, con sus inasistencias demuestra que le cuesta hacer un viaje hacia el interior de su ser, le es más fácil hablar y relajar cosas de las demás que de ella misma.

Marcia también, fue un ejemplo de constancia y motivación, a pesar de mostrarse muy motivada, también tuvo inasistencias que hacen pensar en el típico abandono de las tareas, esta participante en particular siempre estuvo dispuesta ayudar a las demás, a estar ahí a hacerse responsable por los otros, cosa que se le reflejó en una sesión y fue muy importante ya que demostró lo cansada que ella estaba, al mismo tiempo que sirvió para que las demás pensarán también en esa preocupación por las demás que fue tan característico del grupo.

Tamara fue muy responsable y constante se comprometió harto con el programa y a pesar de que, como lo expresaba ella, "la fallaba la voluntad", logró hacer una reducción de su peso, es interesante mencionar el eco de que ella movía la mano al principio del programa y posteriormente, cuando se trabajó este síntoma, se le quitó. Esta participante, fue la que expresó el deseo de todas de tener cariño de los demás, cosa muy interesante ya que cuando no lo tenía, empezaba a comer.

Bárbara fue todo un éxito, fue la que obtuvo mayor reducción de peso, esto es interesante en el sentido que fue la única que no faltó a ninguna sesión, por lo que ella aprovechó al máximo este programa, hecho que demuestra que fue efectivo también en este sentido. Esta participante reflejó en el grupo el hecho de tener una baja autoestima y tener pensamiento demasiado negativos con respecto de ella que no concordaban con su realidad. Además, se trabajó con ella principalmente la estrategia de resolución de problemas, modalidad que le acomodó mucho. Es interesante y satisfactorio el comprobar que la semilla que era al comienzo del programa, era una plantita chiquitita que había salido de la cáscara al finalizar éste.

9. - DISCUSIÓN.

Los resultados de la presente investigación indican que el programa de apoyo psicológico ha sido efectivo en la disminución del peso de las participantes. Este punto es concordante con lo planteado teóricamente en el sentido que el apoyo con un tratamiento psicológico para la reducción del peso es más efectivo que dejar a las personas con sobrepeso con la responsabilidad de una reducción dependiendo de su propia iniciativa. Con el presente trabajo se pone en evidencia que existe la necesidad de abordar psicológicamente el problema tomando variables cognitivas como lo referente a la imagen corporal, afectivas como baja autoestima y ambientales como el rechazo social.

Los resultados de la presente investigación son concordantes con los resultados de investigaciones previas que han utilizado técnicas de relajación y de modificación cognitiva que muestran efectividad en cuanto a la reducción de peso, como se plantea teóricamente, los especialistas sostienen que detrás de cada obeso severo existe un problema psíquico que se refleja en una incapacidad de controlar el impulso de comer y esto es un importante punto a considerar. Además se plantea que los obesos presentan la necesidad de gratificación a través de la comida. Este estudio corrobora estos planteamientos ya que las participantes presentaban estos aspectos y fueron trabajados en las sesiones pertinentes.

En la literatura se postula que la obesidad comparte las características de las conductas adictivas. Este punto es de gran importancia ya que efectivamente se observa en las jóvenes, dificultades para cambiar aquellas conductas que tienen que ver con la ingesta excesiva de alimento hipercalóricos, aunque presentan gran disposición a alimentarse de

manera más sana (alimentos bajos en calorías), expresan un sentimiento de "no poder" dejar los dulces. Al respecto, cabe mencionar que es importante, en futuras investigaciones, formular un programa que en sus objetivos considere la mantención del peso por las posibles "recaídas" que tengan lugar.

No hay que olvidar que la característica adictiva de la obesidad se refiere también al refuerzo inmediato para la conducta de comer, mientras las consecuencias aversivas (engordar) y los esfuerzos para no seguir comiendo, están diferidas en el tiempo, es en este punto donde la relajación demuestra ser una poderosa herramienta terapéutica en el tratamiento de la obesidad, ya que como es mencionando en la literatura, en el obeso es muy probable que las respuestas de angustia sean leídas directamente por el hipotálamo como falta de alimento, sin mediar otra consideración, por lo que se deduce la necesidad de ingerir hidratos de carbono, además se plantea que la relajación logra bajar los niveles de ansiedad existentes en los obesos.

Se hace importante una unión entre diferentes técnicas para lograr un cambio real y lo más duradero que sea posible.

En cuanto a las estrategias corporales, se postula que en los obesos se presentan alteraciones en la representación del cuerpo, mostrando inexactitud de la dimensión corporal, insatisfacción hacia la efectividad del propio cuerpo y otros, por esta razón es importante seguir trabajando con técnicas corporales como se realizó en este programa.

Por otro lado, al pensar en el cuerpo y trabajarlo como una unidad importante dentro del proceso de disminución del peso, las técnicas corporales también se convierten en una poderosa herramienta terapéutica ya que, como demuestran anteriores investigaciones, se mejora la percepción corporal y aumenta la afectividad hacia sí mismo. La corporeidad está influyendo sobre el modo de ser de la persona, en base a esto, se cree en el presente estudio que en este punto existe una paradoja: el hecho de sentirse "grande" físicamente, pero disminuida en la autoestima, el obeso mientras más grande se ve más quiere esconderse, con la consecuente conducta de comer "a solas". En vez de conseguirlo, hace más patente su "grandeza", por lo que es interesante descubrir que la "grandeza" tiene que ver más con el interior de la persona y hacia allá apunta el trabajo interno. Esta es una hipótesis que podrían dar luz a nuevas investigaciones sobre el tema.

Por otra parte, se plantea en la literatura que el cuerpo es donde residen las emociones, el placer y el displacer, se puede plantear desde el punto de vista de la autora y a manera de hipótesis, que el sentido de incorporar técnicas corporales a un programa de apoyo psicológico es justamente hacer, de una manera activa, que el cuerpo no sólo sea una fuente de frustración, el motivo de rechazo, sino que sea una fuente de emociones placenteras y benignas, así, la afectividad hacia el cuerpo se expresará cuidándolo y no mirándolo con rabia ni negándolo.

En el presente programa, el trabajo corporal se vio expresado a través del baile y el "pisar dulces". El baile ayuda a las jóvenes a tomar conciencia del cuerpo y las resistencias que surgen, expresados en cansancio, para entrar en un nivel más profundo de darse cuenta de las sensaciones. Por otro lado, el descubrir de las participantes acerca de sus propias cualidades y deshacerse de una fuente de placer inmediato (dulces) reemplazándola con otra fuente de placer (el moverse al ritmo de una música de moda y reírse) hace que se cambie la forma negativa de ver las cosas, de esta manera, se considera que la efectividad del programa también pasa por esta situación. . Lo interesante de este punto, es que se ha encontrado una escasa información sobre programas de reducción de peso que involucren lo corporal de manera preponderante, lo que podría ser interesante desarrollar en un futuro.

Otras características de la obesidad, según plantean los autores, es que las personas obesas tienen cierta inclinación a la extroversión y la dependencia, lo que se ve en conflicto con la actitud negativa que tiene la sociedad hacia ellos. Esta situación, se observó marcadamente en las participantes del programa, la preocupación excesiva por los demás, cómo las ven, que opinan, cómo las reciben, cómo los pueden ayudar. Aunque no hay que olvidar que la etapa en que ellas están viviendo, la adolescencia, donde se le da importancia al grupo de pares, aun así llama la atención lo exacerbado de esta característica, además se suma el hecho de que se observó cierta dificultad en las jóvenes para pensar sobre ellas mismas, es decir, existía poco desarrollo del autoconocimiento, les dificultaba el *pensar-se*, esto se ve directamente relacionado con lo planteado anteriormente sobre el cuerpo y con lo planteado por distintos autores que dicen que se produce una alienación de la persona. La autora cree, en base a lo planteado en este estudio que al no mirarse, al no gustarse como son, dejan de querer pensarse como personas, de manera global, empiezan a mirar más hacia fuera produciéndose un "hueco" en la persona que es llenado con comida Esto porque

produce sensación de bienestar, por esta razón se considera desde el punto de vista de la autora, la importancia del trabajo terapéutico de darse cuenta, de viajar hacia el interior y conocerse, el vivir experiencias gratificadoras para pensar en alternativas que les puedan servir para afrontar las dificultades. La imaginación gatilló este viaje necesario hacia dentro, lo que llevó a que, al trabajar con diferentes imaginaciones, surgieran en las participantes, muchos contenidos de su experiencia con la obesidad, algunos de los cuales están aquí expresados y otros ya planteados por la literatura. Esto difiere con las aplicaciones de investigaciones anteriores ya que en estos programas, se aplicaba una técnica y producía un resultado, disminuye o no de peso, en cambio con la aplicación de diferentes procedimientos como se hizo aquí, no sólo salía el tema de reducir de peso como algo importante sino que también las participantes fueron descubriendo qué cosas de sus vidas cotidianas, qué cosas que ellas hacían tenían que ver con su ingesta hipercalórica, con su dificultad para disminuir de peso, con su obesidad.

Este punto se considera importante a la hora de considerar futuras investigaciones.

Por otra parte, no se debe olvidar lo culpabilizantes y la inestabilidad emocional que, según describe la literatura, caracterizarían a las personas obesas, según la perspectiva de este estudio, estas características definidas como negativas pueden ser una fuente rica de recursos ya que esto es un reflejo de que las personas obesas tienen la capacidad de verse hacia adentro, aunque muchas veces en forma negativa, así que se considera que si se parte de esta base, se puede trabajar con estas personas y utilizar esas características para que se den cuenta cuáles son las cosas que las hacen engordar, en qué situaciones comen más, cómo se sienten, etc. Esto nos lleva al tema de la importancia del grupo en estas participantes, donde logran ver al grupo como fuente para descargar sus energías, tal como plantea la teoría.

Como ya se ha planteado, han existido diferentes programas destinados a bajar de peso, muchos de los cuales han estado destinados al fracaso. En la presente investigación, se ha tomado estos antecedentes para postular que es imprescindible el abordar la obesidad como un tema multidimensional y multifactorial. Tal como se plantea teóricamente, no existe claridad con respecto a la etiología de este síndrome, y existen un sinnúmero de teorías que intentan explicar el problema, pero han sido investigaciones que no arrojan resultados concluyentes que las comprueben, por esta razón se ha abordado el presente

estudio con un grupo piloto, a fin de probar cómo diferentes procedimientos pueden, en conjunto, ser efectivos.

El tema de lo multidimensional abordado desde este estudio, se ha traducido en un intento de tomar diferentes técnicas, de diferentes enfoques teóricos, todo esto a fin de lograr, como se plantea en la literatura, un trabajo que considere objetivos terapéuticos reales para llegar, en una futura investigación a realizar un programa que también integre a distintos profesionales y que logre aportar más con respecto al tema del tratamiento de la obesidad.

Otro punto planteado en la literatura, tiene que ver con la importancia de que el tratamiento sea personalizado aunque sea tratado grupalmente. Esto es un tema conflictivo si tomamos en consideración el coste económico y de tiempo que implicaría el hacer grupos pequeños como este piloto, sin embargo, desde el punto de vista de la autora, esto es un factor que se debe tener en cuenta ya que la obesidad es un tema que genera resistencia, frustración y rabia, hacer un cambio en la alimentación es difícil, entonces es muy importante, una vez más, convertir esto que es percibido como negativo en algo que sea positivo por lo que, el tener apoyo y contención para cada una de las personas es un tema relevante.

Un peligro que encierra este hecho es que se pueda convertir en terapia personal, y que las participantes intenten aclarar todos sus procesos y se termine apuntando a otros objetivos y se escape de las metas iniciales. Esto es en especial difícil para los terapeutas novatos.

Cabe destacar, en el examen cualitativo de la investigación, otro hecho muy interesante. El de la dirección a un pensamiento concreto. Como se plantea en la literatura, el adolescente entra al más alto nivel de desarrollo cognoscitivo al que Piaget llama *operaciones formales* donde ya se ha desarrollado el pensamiento abstracto y son capaces de razonar en forma hipotética y ver infinitas posibilidades de acción. De lo anterior, se deriva el hecho de que con los diferentes procedimientos, fundamentalmente el juego, la imaginaria, la relajación, la reestructuración cognitiva, se apunta a este tipo de pensamiento, donde se buscan alternativas y se logra un autoconocimiento, es importante mostrarles a las participantes cómo vivencian su realidad física, ponerlas en contacto con su presente y ayudarlas a potenciarse en su proceso interno posibilitando la toma de

conciencia de sus núcleos conflictivos, como se plantea en la literatura. Por otra parte, con las imágenes que se generan a partir de ciertos estados corporales, la persona puede aprender a manejarlos, alcanzando un sentido de autocontrol que como ya se ha planteado es una falla fundamental en las personas con obesidad.

Se ha mencionado lo anterior ya que el hecho interesante de este punto, estriba ~~de~~ que fue necesario con las jóvenes, fluctuar del uso del pensamiento abstracto al uso del pensamiento concreto y a la acción, ya que con algunos de estos ejercicios, (imaginaria fundamentalmente) surgía en ellas la necesidad de hacer, en la acción, aquellos pensamientos que salían en el ejercicio, además se cree en este estudio que fue necesario estimularlas también para cerrar algunos trabajos realizados y fueron acogidos ampliamente por las participantes y la autora cree, que también tuvo relación con la efectividad del programa.

Por otra parte, es interesante mencionar brevemente lo que significa para las jóvenes el captar el mensaje contradictorio del COMA/NO COMA, se plantea en este estudio que esta contradicción tiene que ver muy en sus raíces con la rabia que genera esta condición en las personas obesas, se cree que este punto podría ser abordado en futuras investigaciones.

Otro punto importante, reside en el hecho de haber trabajado con el Aquí y Ahora, tal como se plantea teóricamente en este estudio, se recalca la importancia de "despertar" a la persona y cuyo objetivo fue darles a las jóvenes instrumentos para que se dieran cuenta de los "huecos" de personalidad las cuales, según se interpretó, se llenaban con comida. El hecho de la forma de trabajo que se planteó en el programa sirvió también para que ellas se "*llenaran a sí mismas*" por así decirlo, que descubrieran cosas de ellas sin depender de lo externo. En este punto cabe mencionar también la importancia de la iluminación del proceso ya que, como se ha planteado, permite que los adolescentes discutan la manera que sus patrones de interacción dentro del grupo se relacionan con su dinámica de personalidad, esto tiene que ver con lo ocurrido en las sesiones, las constantes inasistencias, aunque no podemos dejar de lado otros motivos.

Es relevante mencionar que las técnicas cognitivas pueden contrarrestar el tiempo que transcurre entre el comer y las consecuencias aversivas últimas, esto se vio reflejado en el trabajo de reestructuración cognitiva, donde las participantes quisieron llevarse las tarjetas "para apoyarse cuando les dieran ganas de comer". No hay que olvidar que la

reestructuración cognitiva es un proceso mediante el cual los individuos llegan a tomar conciencia de sus propios patrones de pensamiento, que los llevan a realizar conductas poco efectivas, para así poder cambiar estos procesos de pensamiento por unos más productivos. En el programa, este trabajo motivó de gran manera a las participantes y les ayudó a descubrir como sus pensamientos y monólogos privados ejercen un rol crítico en mantener y controlar la obesidad.

Hasta ahora se ha hablado de la efectividad o no del programa [?] quiere decir que esto no es lo solamente lo que está en juego. Tal como planteó Eysenk, el tema no es si la psicoterapia es efectiva sino que la pregunta que surge es si estos procedimientos psicoterapéuticos ha servido para estas jóvenes, con estas características y en esta situación. Y la respuesta ha sido sí, aunque por eso mismo no es posible generalizar los resultados a otros estudios, lo que más bien se ha hecho ha sido tomar otros estudios para incorporar aquello que se consideraba útil.

Por último cabe mencionar otros hallazgos que servirán para futuras investigaciones:

Sería interesante investigar con respecto al rol modulador de la familia en el origen y mantención de la obesidad.

Es interesante observar un aumento en el número de respuestas anatómicas en el Test de Zulliger.

En base a lo analizado anteriormente, se puede postular, desde la perspectiva de la autora y en base a los resultados encontrados en este estudio y en la literatura, fin de incentivar futuras investigaciones que:

Las participantes de este programa presentan las siguientes características, algunas de las cuales ya se han descrito en la literatura:

- ◆ Locus de control externo.
- ◆ Dependencia.
- ◆ Dualidad introversión/ extraversión.¹⁹⁹

¹⁹⁹ En el sentido que sus sentimientos más importantes los guardan, sólo muestran una faceta de "sin problemas".

- ◆ Seductoras.²⁰⁰
- ◆ Culpa v/s víctima.²⁰¹
- ◆ Distorsión de la imagen corporal y la preocupación por el cuerpo.
- ◆ Poco conocimiento de su mundo interno.

²⁰⁰ En el sentido de “hacer malabares” para evitar el rechazo social.

²⁰¹ Existe un juego muy bien logrado entre culparse a sí mismo pero encontrar una explicación a todo lo que hacen.

ANEXO 1**PROGRAMA DE APOYO PSICOLÓGICO PARA ADOLESCENTES CON SOBREPESO.****OBJETIVOS GENERALES:**

1. Reducir la obesidad en adolescentes con sobrepeso.
2. Establecer un cambio del comportamiento alimenticio.
3. Desarrollar conductas de auto y reconocimiento de la propia corporalidad.
4. Desarrollar conductas de expresión de emociones y de comunicación interpersonal positivas.
5. Adquirir repertorios de conductas de autocontrol y relajación.
6. Aprender estrategias de resolución de problemas.

1º Instancia.

Entrevista personal previa al tratamiento.

Objetivos:

1. Establecer el vínculo con la futura participante.
2. Evaluar la obesidad de la participante.
3. Conocer aspectos generales de ella.
4. Informar en forma general de lo que se trata el programa.

Cada sesión tendrá una duración de 90 minutos, con un recreo de 10 minutos.

Tratamiento. Planificación sesión a sesión.**♦ 1º sesión.**

Objetivos:

5. Definición del setting.
6. Compromiso de privacidad.
7. Establecimiento del vínculo, dar garantías.

8. Crear un espacio para que el grupo reconozca el problema, saber qué es lo que esperan las participantes del programa.

Procedimientos:

- Presentación grupal y establecimiento del Contrato: Aquí se les explicarán las normas generales del funcionamiento grupal, y se les recordará las técnicas de Automonitoreo y autorregistros. 20 minutos.
- Dinámica "Botecitos". 15 minutos.
- Presentaciones personales, negociación de expectativas. 40 minutos

◆ **2° sesión.**

Objetivos:

3. Conversación sobre el tema de la obesidad, relato de las experiencias personales.
4. Crear conciencia acerca de la responsabilidad y la elección que hace cada una, al entregarse a un cambio en la alimentación, y a un proceso de terapia grupal.

Procedimientos:

- Imaginería. "Tengo que, Elijo que". 20 minutos.
- Compartir grupal. 1 hora.
- Establecimiento de tareas.

◆ **3° sesión:**

Objetivos:

5. Expresión corporal.
6. Trabajo de imagen personal.
7. Autocontrol.
8. Planteamiento de metas.

Procedimientos:

- Estatuas animadas. 20 minutos.
- Compartir grupal. 30 minutos.
- Establecimiento de tareas. 30 minutos.
- Dialogo grupal para el planteamiento de metas.

◆ 4º sesión.**Objetivos:**

5. Detectar, analizar y cambiar pensamientos negativos relacionados con la obesidad.
6. Trabajo de identificación y expresión de emociones.
7. Darse cuenta corporal.
8. Autocontrol.

Actividades.

- Diálogo grupal.
- Diálogo con las partes del cuerpo.
- "Me doy cuenta".
- Compartir grupal.

◆ 5º sesión.**Objetivos:**

4. Evaluación del programa hasta la actualidad, renegociación de expectativas, nuevo establecimiento de contrato, evaluación de sí mismas.
5. Detectar, analizar y cambiar pensamientos negativos relacionados con la obesidad.
6. Expresión de emociones.

Actividades.

- Diálogo grupal.
- Reestructuración Cognitiva. 50 minutos.
- Revisión de tareas. 20 minutos

◆ 6º sesión.**Objetivos:**

5. Compartir experiencias personales.
6. Trabajo corporal, expresión emocional.
7. Resolución de problemas, búsqueda de alternativas.
8. Compartir experiencias personales.

Actividades.

- Dialogo grupal.
- Reencuadre.
- Compartir grupal.

◆ 7º sesión.**Objetivos.**

3. Detectar, analizar y cambiar pensamientos negativos relacionados con la obesidad.
4. Resolución de problemas, búsqueda de alternativas.

Actividades.

- Reestructuración Cognitiva.
- Trabajo Corporal.
- Compartir Grupal.

◆ 8º sesión.**Objetivos:**

3. Resolución de problemas.
4. Expresión emocional.

Actividades.

- Identificación de emociones.
- Dialogo.
- Resolución de problemas.

◆ 9º sesión.

Objetivos:

4. Trabajo en identificación y expresión de emociones
5. Trabajo de asertividad, aprender conductas más adecuadas y satisfactorias frente a diversas situaciones donde está involucrado el tema de la ingesta.
6. Desarrollar estrategias de enfrentamiento a problemas en forma más positiva y constructiva.

Actividades.

- Imaginería "Situación sí-no".
- Compartir Grupal.
- Baile Activo.

◆ 10º sesión.

Objetivos:

3. Entrenar en técnicas de relajación.
4. Control de la ansiedad.
5. Resolución de problemas.

Actividades.

- Entrenamiento en técnicas de respiración.
- Relajación progresiva de Jacobson.
- Resolución de problemas.
- Baile activo.

◆ 11º sesión.

Objetivos:

3. Entrenar en relajación.
4. Control de la ansiedad.
5. Trabajo de expresión de emociones, reconocimiento de emociones en uno y en los demás

Actividades.

- Entrenamiento en técnicas de respiración.
- Relajación progresiva de Jacobson.
- Resolución de problemas.

♦ 12° sesión.**Objetivos:**

2. Evaluación del programa.
3. Cierre.

Actividades.

- Compartir grupal.
- Evaluación de los aspectos carenciales, positivos, revisar si se cumplieron los objetivos.

ANEXO 2ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PROGRAMA PSICOLÓGICO.

1. - JUEGOS.

- BOTECITOS.

Objetivo: Interacción grupal.

Materiales: No hay.

Duración: 20 minutos.

Procedimiento:

En un ámbito decidido en área de paseo y área de lago, los jóvenes se desplazan por el espacio destinado al paseo siguiendo las instrucciones del conductor: caminar lento, ladeándose, etc.

Cuando se dice "subirse al bote", se toman de las manos con el primer compañero que se encuentran, y se dirigen al área del lago, se sientan enfrentados con las piernas cruzadas y se balancean inclinándose hacia atrás y hacia adelante alternativamente. Luego se inicia el paseo a pie nuevamente y así sucesivamente.

- ESTATUAS ANIMADAS.

Objetivo: Expresión corporal, imagen personal.

Materiales: ninguno.

Duración: 30 minutos.

Procedimientos:

Se pide a los participantes que caminen por la sala, mirándose, topándose, luego detenerse y cerrar los ojos. Se les indica que se concentren en sí mismos y adoptar una postura de una cosa que los represente.

Se pide a las estatuas que abran los ojos, y por turnos, cada persona debe actuar su estatua de modo que el grupo pueda adivinar lo que representa. Al final se comenta la experiencia. Esta actividad fue realizada con pequeñas variantes.

2.- RELAJACIÓN PROGRESIVA DE JACOBSON.

Siéntese (reclínesse) lo más confortable que pueda". Relájese lo mejor que sea capaz de hacerlo. . . ahora, a medida que se relaje de esta manera, apriete su puño derecho, solamente su puño derecho lo más fuerte que pueda y fijese en la tensión a medida que lo aprieta. Manténgalo apretado y note lo tensión de su puño derecho, en la mano, en el antebrazo... y ahora relájese. Deje que los dedos de la mano derecha suelten y observe el contraste en lo que siente. . . ahora, déjese estar y trate de relajarse aún más... una vez más, apriete el puño derecho bien fuerte... manténgalo apretado y de nuevo preste atención a lo tensión... ahora déjese ir, relájese sus dedos se estiran y una vez más usted nota la diferencia... ahora, repita lo mismo con el puño izquierdo, apriételo lo más fuerte que pueda y note lo tensión... ahora relájese. De nuevo disfrute el contraste. . . repitamos eso uno vez más apriete el puño izquierdo, bien fuerte, bien tenso, relájese y note la diferencia. Continúe relajándose así por un momento... ahora apriete ambos puños bien fuerte, lo más apretado que pueda, ambos puños tensos, los antebrazos tensos, estudie las sensaciones que se producen... y ese, suelte los dedos y note lo relajación. Continúe relajando sus manos, brazos y relájese más y más... y ahora doble los codos y ponga los bíceps, póngalos lo más tensos que pueda y observe la sensación de tensión... muy bien, ahora estire los brazos, permítales que se relajen y note de nuevo lo diferencia. Deje que la relajación progrese más y más... uno vez más doble los codos y pongo tensos los bíceps, mantengo lo tensión y preste atención a lo que siente.. muy bien, estire los brazos y relájese. Relájese lo más que pueda... cada vez preste mucha atención a lo que siente cuando usted se pone tenso y cuando se relajan. Ahora estire sus brazos, estírelos de tal manera que siente casi, toda lo tensión en los tríceps los músculos en la parte de atrás de sus brazos, estire los brazos y sienta la tensión... y ahora relájese. Vuelva los brazos a una posición confortable. Deje que la relajación aumente por si sola. Los brazos deberán sentirse confortablemente pesados a medida que usted las permita relajarse. . . estire los brazos una vez más de tal manera que de nueva siento lo tensión de los tríceps, bien tensos lo más tensos que pueda... y ahora relájese. Ahora (concentrémonos en lo relajación de los brazos, sin ninguna tensión. Ponga los brazos en una posición confortable y déjelos relajarse cada vez más, continúe relajando los brazos aún más aunque los brazos parezcan

totalmente relajados trate de conseguir un poco más. Posteriormente se trabajan otras partes del cuerpo.

3. - IMAGINERÍAS.

- "TENGO QUE, ELIJO QUE". Stevens.

Se realizó de manera individual.

Forme pareja con alguien y siéntese frente a esa persona. A lo largo de todo el experimento mire la cara de esa persona y háblele directamente. Alérense diciendo frases que comiencen con las palabras "Tengo que...". Haga una larga lista de cosas que tiene que hacer. Si hace este experimento **solo**, diga las frases en voz alta e imagine que las está diciendo a alguna persona que conoce.)

Tómese cinco minutos, aproximadamente, para hacerlo...

Ahora retroceda a las frases que dijo y reemplace el "Tengo que..." por "Elijo..." y alterne con su compañero la expresión de estas frases. Diga exactamente lo que dijo antes, salvo en dicha palabra. Me gustaría que se dé cuenta que tiene el poder de tomar una decisión, aún en el caso de que esa elección sea entre alternativas indeseables. Tome tiempo para darse cuenta como experiencia cada frase que comienza "Elijo..." Luego repita esta frase e inmediatamente agregue cualquier frase que se le ocurra a continuación. Por ejemplo, "Elijo conservar mi empleo. Me siento protegido y seguro". Tómese nuevamente unos cinco minutos para hacer este ejercicio...

Ahora dedique unos cinco minutos para contarle a su compañero qué vivenció haciendo esto. ¿Tiene usted alguna experiencia real de tomar responsabilidades por una elección propia, alguna sensación de despertarse ligeramente de su autohipnosis, algún descubrimiento acerca de mayores poderes y posibilidades?...

- ME DOY CUENTA.

Se le indica a la persona que respire profundo, se concentre en su respiración y tome atención a todo lo que en ese momento le está pasando, tanto interno, como externo, que lo diga en voz alta comenzando con la frase "me doy cuenta...".

- DIÁLOGO CON LAS PARTES DEL CUERPO.

Cierre los ojos y piense en algún síntoma físico que le preocupa. Si es posible, piense en un síntoma que pueda sentir ahora mismo. Si no siente ninguna incomodidad ahora, piense en algún síntoma que con frecuencia o regularmente lo preocupe, y vea si puede recrear la sensación de ese malestar. Fije su atención en ese síntoma y procure tomar una conciencia más minuciosa del mismo. . . Exactamente, ¿qué partes de su cuerpo están afectadas y qué sensaciones siente en tales partes?... Preste particular atención a las sensaciones de dolor y tensión... Vea si puede aceptar completamente todo molestar que siente, y déjelo entrar en su conciencia... Vea si puede aumentar ese síntoma. . . Tome conciencia de cómo incrementa ese síntoma... y vea ahora si puede reducirlo librándose de él de algún modo... Tómese un rato más para explorar mejor el síntoma y tomar mayor conciencia del mismo...

Conviértase ahora en ese síntoma. ¿Cómo es usted siendo síntoma?... ¿Cuáles son sus características y qué le está haciendo a esta persona?... háblele ahora a esta persona y dígame qué le hace y cómo lo hace sentir... Como síntoma, ¿qué le dice a él?... ¿cuál es su actitud y cómo se siente?...

Ahora sea usted mismo nuevamente y respóndale al síntoma... ¿qué le contesta y cómo se siente mientras responde?... ¿Qué sucede entre ustedes dos?...

Vuelva a convertirse en síntoma y prosiga el diálogo... ¿Cómo se siente ahora siendo síntoma y qué dice?... Ahora dígame a esta persona que está haciendo por él... ¿De qué manera le es útil o le facilita la vida?... ¿Qué le ayuda a evitar?... ¿Qué otra cosa puede decir?...

Sea usted mismo otra vez. ¿Qué responde ahora² Continúe este diálogo durante un rato y alterne a fin de identificarse con quién sea esté hablando'. Vea qué puede aprender de cada uno mientras prosigue el diálogo...

Mantenga los ojos cerrados y recapacite en silencio sobre la experiencia... Ahora abra los ojos y comunique su experiencia en primera persona del presente, como si estuviera sucediendo ahora...

Este ejercicio, fue realizado con algunas variantes.

REENCUADRE.

Identifique primero la conducta (X) que será cambiada, de acuerdo a los reportes del paciente.

A continuación de establecerse una forma de comunicación con aquella parte de la persona que es responsable.

(a) "¿La parte mía que gobierna la conducta (X) está dispuesto a comunicarse conmigo en conciencia?", si es así se solicita una señal.

(b) Establezca el significado si o no de la señal "Me gustaría muchísimo entender tu comunicación, y pero no entender mal la que me estás diciendo, si consideras que estás dispuesto o comunicarte conmigo en conciencia, por favor intensifica lo mismo señal que diste antes (ejemplo sensación de presión en el estómago) - Si lo que quieres decir es que no estás dispuesto o comunicarte conmigo, por favor invierte la señal y disminuye la respuesta".

Una vez logrado la comunicación, debemos distinguir entre la conducta (X) y la intención de la parte que es responsable de esa conducta.

(a) "¿Estarías dispuesta a hacerme saber en conciencia qué estás tratando de hacer para mí mediante la conducta (X)?, ¿querías decirme cual es tu intención?" -

(b) Si se obtiene una respuesta sí, se agradece a la parte, y se le pide que prosiga y comunique su intención.

(c) ¿Esa intención es aceptable para el paciente?, ¿lo comprende?.

(d) Si la parte inconsciente no quiere revelar su intención, es conveniente decir al paciente algo así - "A pesar de que (x) es una conducta que conscientemente quieres cambiar, ¿estás dispuesto a creer que es responsabilidad de una parte inconsciente bien intencionada y que lo que está tratando de obtener de ti, haciéndote hacer (X) es algo que va en favor tuyo integralmente como persona?. Si está dispuesta a aceptar eso, comunícaselo a la parte y dile muy bien confío que eres bien intencionado, no necesito revisar o evaluar tus intenciones porque parto de la base de que estás operando en favor de mis intereses".

A continuación deben crearse alternativas de conducta que permitan satisfacer la misma intención de igual o mejor manera. Para ello, a un nivel inconsciente, la parte que dirige la conducta comunica su intención a la parte creativa de la persona, pidiéndole que genere tres nuevas alternativas de conducta, de las cuales seleccionará tres transmitiendo una señal si cada vez que elija una de estas opciones.

Una vez logrado esto, se le pregunta a la parte: "¿Estás dispuesto a hacerte responsable de generar estos tres nuevas alternativas en el contexto adecuado, para probarlas?".

Si es así debemos asegurarnos de que estas tres nuevas alternativas sean también aceptables para la totalidad del organismo para lo cual se formula la siguiente pregunta "¿Hay alguna otra parte mía que tenga objeciones frente a cualquiera de estas tres nuevas alternativas?". De obtener una respuesta positiva debemos establecer comunicación con esta nueva parte del organismo y reproducir el proceso a partir de este punto.

Se realizó con algunas variantes.

- SITUACIÓN SI-NO.

Tiéndase de espaldas y busque una posición cómoda. ...Cierre los ojos y manténgalos cerrados hasta que le pida que los abra. ...Déjese ir y tome contacto con su cuerpo. ...Note cualquier incomodidad que sienta, ...y vea si puede cambiar de posición como para estar más cómodo...

Ahora fije su atención en la respiración. . ..Mientras toma conciencia de la respiración, ¿ se modifica? ...Sin interferir la respiración, obsérvela y tome conciencia de ella detalladamente...

Imagine ahora que todo su cuerpo es como un globo que se infla lentamente mientras aspira y se vuelve muy tenso y rígido cuando respira hondo. . y luego se afloja lentamente mientras expira, de modo que usted está completamente relajado cuando sus pulmones están vacíos. ...Haga esto tres o cuatro veces...

Ahora, tome conciencia solamente de su respiración natural. ...e imagine que cada vez que respira, que cada aspiración y expiración se lleva de su cuerpo algo de la tensión remanente .. de modo que usted se relaja aún más en cada respiración...

Recuerde ahora una situación específica en la que haya dicho "Sí" pero realmente hubiera querido decir "No". Trate de visualizar esa situación como si estuviera sucediendo ahora. ...¿ Dónde está usted? ...¿ Cómo es el medio ambiente y cómo se siente allí? ...¿ Quién está allí con usted y qué se acaba de decir? ...Entréguese realmente:

Siéntase en esa situación y revívala como si estuviera ocurriendo ahora...

Ahora enfoque el momento cuando dice "Sí". ¿Qué tono de voz utiliza cuando dice "Sí" y como se siente mientras eso hace? ...¿ En qué lo beneficia decir "Sí"? ...¿ Qué obtiene diciendo "Sí"? ...¿ Y qué evita diciendo "Sí"? ... ¿ Cómo se siente diciendo "Sí" en esa situación?...

Regrese ahora al mismo momento anterior en que dijo "Sí". Ahora diga "No" y cualquier otra cosa que no haya expresado previamente. ...¿ Qué tono de voz utiliza mientras dice "No" y cómo se siente haciéndolo? ...¿ Cómo responde la otra persona después que usted dice "No"? ...¿ Cómo se siente ahora y qué le responde a esa persona?... Cambie ahora de lugar con la persona a quien le dice "No". ¿Cómo es usted siendo esa persona? ...¿Y cómo se siente? ...Siendo esa persona, ¿ qué dice y qué tono de voz emplea?...

Ahora vuelva a ser usted mismo y continúe el diálogo. ...¿ Cómo se siente siendo usted mismo ahora, y en qué se diferencia a lo que sentía siendo la otra persona? ...¿ Se siente más poderoso como usted mismo o como la otra persona? ...Háblele directamente a esa persona y dígame en qué se diferencia de él...

Vuelva a ser la otra persona y continúe este diálogo. ...Trate de meterse completamente en la experiencia de ser esa otra persona. ...Continúe el diálogo y cambie de personaje cada vez que la otra persona comienza a replicar, de modo que pueda identificarse siempre con quien está hablando. ...¿ Cómo están interactuando ustedes dos ahora se están peleando, discuten o comienzan a comunicarse uno al otro? ...¿ De qué cosa que no está expresando es consciente, qué está ocultando usted? ...Díganse ahora cómo se sienten respecto de' otro. ...Si esto es muy difícil para usted, por lo menos dígame al otro "Todavía me sigo refrenando" y luego diga algo acerca de ese refrenarse. ...Continúe este diálogo durante unos minutos más.

Compenétrese aún más de la experiencia de ser estas dos personas y explore la manera en que interactúan...

Tómese un rato en absorber tranquilamente su experiencia. En un minuto le pediré que abra los ojos y relate su experiencia... En un minuto le pediré que abra los ojos y relate su experiencia a las demás personas del grupo, en primera persona del presente, como si estuviera ocurriendo ahora. Por ejemplo: "Estoy leyendo en el living, estoy muy cansado y mi esposa entra y me pide ir al mercado", etc. Asegúrese de incluir cómo se siente diciendo "Si" y "No" en esa situación, en qué lo benefició decir sí o no y qué aprendió del diálogo después de que dijo "no". Abra los ojos ahora y comparta sus experiencias con el grupo.

Este ejercicio se realizó con pequeñas variantes, incorporando el tema de la libertad.

ANEXO 3**CUESTIONARIO DE SOBREPESO**

Este cuestionario se realizó en una entrevista semiestructurada con cada una de las participantes, antes de comenzar el programa. Esto, con el objetivo de indagar por los hábitos de alimentación y otros aspectos de la obesidad.

Cuestionario:

1. Antecedentes familiares de obesidad.
2. Evolución histórica del peso e intentos de reducirlo.
3. Gravedad del problema personal y entorno social.
 - Grave.
 - Normal.
 - No me provoca problema.
4. Comienzo y evolución del sobrepeso. Oscilación del peso en kilos.
5. Tratamientos anteriores. Uso de medicamentos, mantenimiento de los resultados.
6. **Especificación del problema:**
 - Tipo y cantidad de comida y bebida. Calorías consumidas aproximadamente por día.
 - Señala aquellos alimentos que consumes con más frecuencia.
 - ¿Que es lo que más te gusta de comer?.
7. Duración del tiempo empleado para comer. Lento 0 1 2 3 Rápido.
8. Frecuencia. ¿Cuántas veces comes al día?.
9. ¿Cuántas veces 'picas' al día?. Pocas- Muchas- No 'picoteo'.
10. ¿Te has provocado vómitos después de haber comido mucho?.

Este cuestionario fue extraído del capítulo de "Evaluación y Tratamiento de la obesidad" por Vera, M^a Nieves; Fernández, M^a Carmen, Pérez, M^a Nieves. Del libro "Psicología de la Salud", 1999. Dr, Jorge Luzoro García.

12. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Albala, Vio, F., Kain, J., 1998. **"Obesidad: un desafío pendiente en Chile"**, Revista Médica de Chile N° 126.
2. Astudillo, R, Arvelaez, J., Corsi, P., Muñoz, P., Rosales, R., 1996. **"Insatisfacción corporal en los trastornos de hábito de comer"**. Revista de Psiquiatría, N° 2.
3. Araneda, M., 1998. **"El abordaje corporal en psicoterapia"**. Universidad Católica de Chile. Apuntes de Psicoterapia Humanista.
4. Barlow, D., Hersen, M., 1989. **"Diseños experimentales de caso único"**. Biblioteca de Psicología, Psiquiatría y Salud, Ed. Martínez Roca.
5. Bascur, J., 1985. **"Estudio descriptivo exploratorio del test de Rorschach en un grupo"**. Tesis para optar al título de psicólogo, Universidad de Chile.
6. Buschiazzo, D., Feuchtmann, C. 1997. **"Obesidad: Factores psiquiátricos y psicológicos"**. Boletín Escuela de Medicina N° 26, P. Universidad Católica de Chile.
7. Cordella, P., 1998. **"Aspectos psicológicos de la obesidad en la infancia: una vivencia integrada"**. Revista Pediatría al día N° 14.
8. De la Barra, F., 1989. **"Aspectos psicosociales de la obesidad en niños"**. Revista Chilena de Pediatría, N° 60.
9. Del Campo, J., 1990, **"La personalidad del adolescente"**. Ed. Andrés Bello.
10. DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Ed. Masson.
11. Feixas, G. Miró, T., 1993. **"Aproximaciones a la Psicoterapia: una introducción a los tratamientos psicológicos"**. Ed. Barcelona: Paidós.
12. González, B., Richard, M., Silva, L., 1988. **"Evaluación de la efectividad de un programa de entrenamiento asertivo grupal, para adolescentes que incluye técnicas cognitivo-conductuales más técnicas de darse cuenta y conocimiento de los aportes de autoconocimiento corporal al incorporarlo a este programa"**. Tesis para optar al título de psicólogo. Universidad de Chile.
13. Grekin, C., 1997. **"Manejo de la obesidad a través de un programa multidisciplinario"**. Boletín Escuela de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile, N° 26.
14. "Group Psychotherapy of Adolescents", Chapter 6.

15. Grupos de profesionales de trabajo, 1998. "Estilos de vida y conducta alimentaria en el adolescente", Programa MECE Media.
16. Hansen, Warner, Smith. 1981. "Asesoramiento de grupos". Cap.10 " Estableciendo el grupo". Apuntes.
17. Hernández, R., Fernández, C., Baptista, P, 1998. "Metodología de la investigación". Ed. Mc Graw-Hill Interamericana Editores. 2º Edición.
18. Infante, J.M., 1993."Obesidad". Revista Chilena de Pediatría N° 64.
19. Kimissir, P., 1996. " Group therapy with children and adolescents".
20. Larraín, G., 1985. "Imaginería y Psicósomática". Tesis para optar a título de psicólogo. Universidad Católica.
21. Loew, Figueroa, 1988. "Juegos en dinámica de grupos". Capítulo 1: "Qué es un grupo y cómo se incluyen los juegos". Ed. Club de estudio. Buenos Aires.
22. López, C., Hernandez, J., Jeri, C. 1989. "Factores psicológicos que influyen en la obesidad. Obesidad y perfil de personalidad". Anales de psiquiatría.
23. Mardones, M., Atalah, E., 1987. "Prevalencia y factores condicionantes de la obesidad en adolescentes de sexo femenino". Revista Chilena de Pediatría N° 58.
24. Moreno, M., 1997, " Diagnóstico de la obesidad y sus métodos de evaluación". Boletín Escuela de Medicina n°26, Pontificia Universidad Católica de Chile.
25. Muzzo, S., 1989. "Obesidad del niño y del adolescente". Revista Chilena de Pediatría N°60.
26. Nudman, A., Urzúa E., Yager, 2000. " Simposium internacional Trastornos Alimentarios".
27. Papalia, D., Wenkos, S., 1995. "Psicología del desarrollo, de la infancia a la adolescencia." 5º edición. Ed. McGraw-Hill/ Interamericana s.a..
28. Perls, F., 1987. "Esto es Gestalt: colección de artículos sobre terapia". Ed. Cuatro Vientos.
29. Portuondo, A., 1972, "Psicoterapia de grupo y Psicodrama". Biblioteca Nueva.
30. Régis, J., 1999. "Obesidade", Seção de Diabetes e Metabologia-FCM- UERJ. <http://www.lampada.uerg.br/ead-ind>.
31. Riestler, A., "Creación de la experiencia de psicoterapia de grupo para adolescentes", dD.

32. Rozowski, J., Arteaga, 1997. "El problema de la obesidad y sus características alarmantes en Chile". Revista Médica de Chile, N°125.
33. Sanfuentes, M^a Teresa, 1990. "Psicofisiología del sobrepeso y la obesidad en mujeres". Tesis para optar al grado de Licenciado en Psicología. Universidad Diego Portales.
34. Schnacke, A., "Sonia, te envío los cuadernos café". Cap.I. Apuntes de Terapia Gestáltica.
35. Séller, Anny, 1984. "Psicoterapia de grupo en la infancia". Ed. Nueva Visión, Buenos Aires.
36. Sepúlveda,G; Larraín,S. "Somos personas".
37. Sepúlveda,G; Nelson,M; Emhart,J; Rodríguez,M;Castilla,A. 1995. "Actividades de grupo con adolescentes". Universidad de Chile.
38. Stevens, J., 1982, "El darse cuenta: sentir, imaginar, vivenciar". Ed. Paidós.
39. Valdés, R., 1997. "Actividad física y obesidad". Boletín de la Escuela de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile, N°26.
40. Venogradov, S., Yalom, I., 1996. "Guía breve de psicoterapia de grupo". Editorial Paidós.
41. Villarroel, L., 2000, "La nueva pirámide", Servicio de Nutrición y alimentación del Hospital Clínico de la Universidad de Chile.
42. Yalom, Y., 1986. "Teoría y práctica de la psicoterapia de grupo". Fondo de cultura económica.
43. Youlton, R., 1989, "Obesidad: consideraciones generales", Revista Chilena de Pediatría N°60.
44. Apuntes de clase, 1999. Cátedra de Psicología Clínica Adultos enfoque Humanista.
45. <http://www.el-mundo.es/salud/297/04N0131.html>
46. <http://www.promolabs.com.ar/obesidad/index.html>
47. <http://www.healthig.com/obesidad/obesidad4.htm#>
48. <http://www.lampada.uerg.br/ead-ind>
49. <http://www.aaps.com.ar.htm>
50. <http://www.seh-lelha.org/POBESIDA.htm>
51. <http://www.healthig.com/obesidad9.html>

52. <http://www.promolabs.com.ar/obesidad/quehacer.obesid1.html>
52. <http://www.msd.es/publicaciones/mmerck/htm>
53. <http://www.alter.org.pe/xclan/nutcli.htm>
54. <http://www.saludpublica.com/index.html>
55. <http://www.healthig.com/obesidad/obesidad15.html>
56. <http://www.msd.es/publicaciones/mmerck/htm>